

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

CANCER ÉPITHÉLIAL DU LARYNX : EXTIRPATION TOTALE DU LARYNX SANS TRACHÉOTOMIE PRÉALABLE (1).

Par M. Ch. PÉRIER, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'opération avait été faite sans trop de peine, et le malade l'avait supportée assez bien pour qu'on pût espérer le voir guérir, lorsqu'il succomba presque subitement en état de syncope, au bout de dix-huit heures.

Voici l'histoire de cet homme. Il était âgé de 66 ans et n'était malade que depuis le mois de septembre 1888, où il avait pris froid en cours de voyage. Au retour, il commença à tousser et à avoir la voix couverte. En mai 1889, il consulta un spécialiste qui reconnut l'immobilisation absolue de la corde vocale. L'iodure de potassium et quelques pansements procurèrent un soulagement passager. Mais le retour des accidents et leur aggravation l'engagèrent à se présenter à l'hôpital Lariboisière, où il fut admis le 16 janvier 1890 dans le service de M. Gouguenheim.

A cette date, pas d'amaigrissement ni de troubles digestifs, bon appétit; accès de toux la nuit; le sommeil n'est possible que dans la position assise.

Les poumons paraissent sains, il y a seulement quelques râles sibilants aux deux bases; l'expiration est très prolongée et soufflante.

(1) Lu à la Société de Chirurgie, séance du 19 mars 1890.

Sur l'examen laryngoscopique, M. Gouguenheim me communique les renseignements suivants que je transcris :

L'épiglotte est saine. Les aryténoïdes sont sains. Les cordes vocales supérieure et inférieure droites présentent une rougeur sombre, mais peu de gonflement.

La corde vocale inférieure gauche est envahie par une masse polypoïde proliférante en forme de chou-fleur envahissant la glotte. Les végétations occupent le ventricule gauche et repoussent par leur masse la corde vocale supérieure gauche. En bas, elles occupent l'espace sous-glottique sous forme de masse située à gauche et paraissent empiéter sur le côté droit.

A trois reprises, M. Gouguenheim enleva des fragments de tumeur, avec des pinces coupantes, les 6, 11 et 15 février.

Il y eut un soulagement marqué après les deux premières opérations; la troisième fut suivie de spasmes violents, de dyspnée intense tels qu'on se tint prêt à pratiquer la trachéotomie; mais une amélioration suffisante permit de s'en dispenser.

L'examen histologique avait démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma; l'impossibilité d'arriver à une guérison en attaquant le mal par la voie intra-laryngienne fit songer à l'extirpation du larynx, que le malade accepta avec empressement, sans en ignorer ni la gravité ni les conséquences.

L'état général était bon; il n'y avait pas de lésions apparentes des poumons, du cœur, ni des reins, non plus que des voies digestives, en un mot aucune contre-indication de ce côté. Du côté du champ opératoire, il n'y avait ni infiltration de voisinage ni engorgement ganglionnaire.

M. Gouguenheim me confia son malade, que j'opérai en sa présence et avec le précieux concours de mes collègues, MM. Berger, Peyrot et Nélaton, le mercredi 5 mars.

Comme les ablations partielles faites par M. Gouguenheim avaient élargi la cavité du larynx ou plutôt diminué son commencement d'obstruction, que les inhalations chloroformiques avaient déjà en plusieurs circonstances soulagé le malade, nous pensâmes que l'anesthésie chloroformique serait facile et nous permettrait d'opérer sans précipitation.

Cela me fit songer à ne pas recourir à la trachéotomie préalable et à n'ouvrir les voies aériennes que le plus tard possible, en conservant la trachée tout entière, la section devant porter transversalement juste au-dessous du cartilage cricoïde, entre le larynx et le premier anneau de la trachée. L'essai sur le cadavre me fit voir que l'opération pouvait être entreprise sans témérité, et je fis confectionner par M. Collin une canule courbe à bout conique pouvant entrer dans la trachée à la manière d'un bouchon dans le goulot d'une bouteille, et devant ainsi permettre d'achever aisément l'opération, sans crainte qu'il entrât une goutte de sang dans les voies respiratoires.

Voici d'ailleurs ce qui se passa :

Le malade étant suffisamment endormi, le cou bien exposé, je fis une première incision transversale à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde ; cette incision ne comprenait que la peau et le tissu cellulaire et allait d'un sterno-mastoïdien à l'autre. Une deuxième incision allant aussi d'un sterno-mastoïdien à l'autre, fut conduite juste au-dessous de l'os hyoïde, mais elle allait profondément jusqu'à la membrane thyroïdienne, coupant transversalement tous les muscles sous-hyoïdiens qui recouvrent cette membrane. Une troisième incision allant du milieu de la première au milieu de la seconde, juste sur la ligne médiane, fut conduite profondément jusqu'aux cartilages thyroïde et cricoïde et jusqu'à la trachée ; il n'y eut à se préoccuper que de l'isthme du corps thyroïde, qui fut sectionné entre deux pinces. Alors commença la dissection, qui se fit d'abord sur un côté, puis sur l'autre, en rasant d'aussi près que possible la surface du conduit aérien, jusqu'au bord postérieur des lames du cartilage thyroïde et jusqu'au sillon de séparation droit et gauche de la trachée et de l'œsophage.

J'avais ainsi relevé deux lambeaux latéraux comprenant la peau et les parties molles sans avoir eu à pincer plus de cinq ou six vaisseaux, dont les plus gros étaient les artères laryngées supérieures, puis l'isthme du corps thyroïde.

Le squelette laryngo-trachéal ne tenait plus qu'à l'œso-

phage au niveau de la trachée, et à la muqueuse de la paroi antérieure du pharynx au niveau du larynx, les muscles constricteurs supérieurs du pharynx ayant été détachés de leurs insertions thyroïdienne et cricoïdienne. Le malade respirait

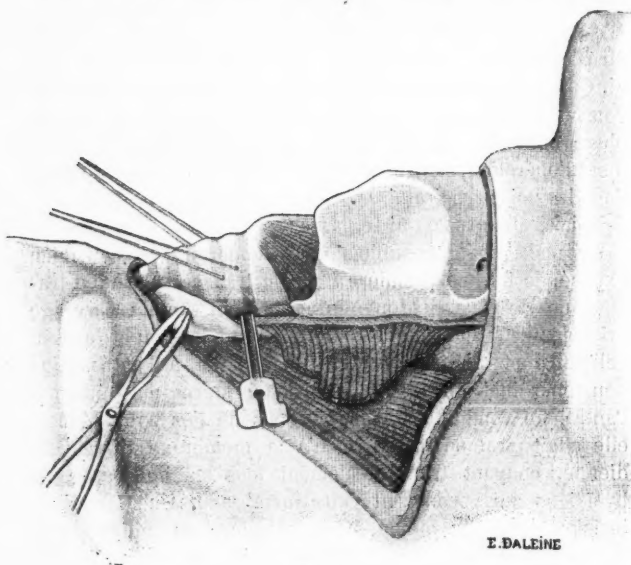


Fig. 1.

bien, et on avait la précaution de relâcher la tension du cou de temps à autre.

L'hémostase provisoire était suffisante pour qu'on n'eût pas à redouter de voir le sang envahir la trachée dès qu'on ouvrirait le conduit aérien. Pour plus de sécurité, j'essayai de passer une aiguille de Cooper entre la trachée et l'œsophage, de manière à isoler la trachée comme on isole une artère avant d'en pratiquer la ligature. Ce temps, assez facile sur le cadavre, présenta chez notre malade quelques difficultés qui me le firent abandonner.

Je passai de chaque côté de la trachée au moyen d'une



aiguille courbe un fil de soie solide ne traversant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi. Chaque fil fut noué en anse. Un aide tenant une anse de fil dans chaque main, put ainsi se tenir prêt à ramener en avant la trachée dès qu'elle aurait été séparée du larynx.

En effet, j'incisai franchement en travers entre la trachée

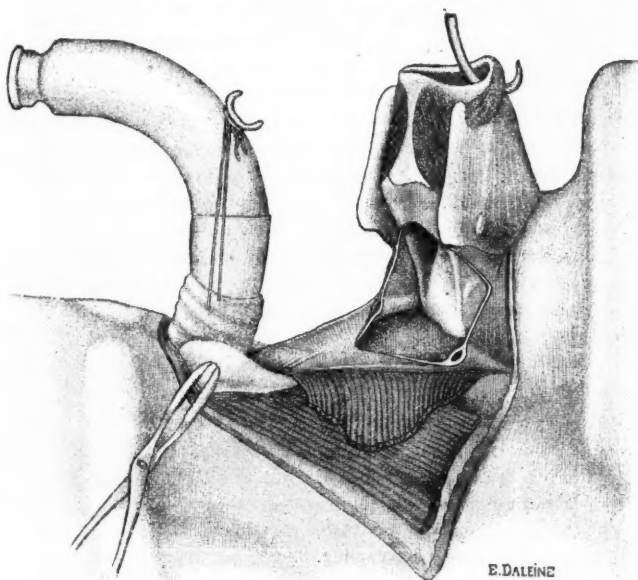


Fig. 2.

et le larynx; un aide souleva le larynx au moyen d'un tenaculum, et la section jusqu'à la paroi antérieure de l'œsophage se fit presque d'un seul coup. Aussitôt j'introduisis dans la trachée une canule conique qui la boucha complètement.

Cette canule portait sur sa convexité un petit taquet sur lequel furent enroulés les fils préalablement passés dans la trachée. Ce bouchage fut ainsi maintenu hermétique; canule et trachée étant solidarisés, on continua facilement l'anes-

thésie par l'intermédiaire de la canule, munie à cet effet d'un tube de caoutchouc à large calibre et terminé par un entonnoir de verre.

Ceci fait, le larynx, toujours soulevé par un tenaculum, fut séparé très facilement de la paroi antérieure du pharynx, sans qu'il y eût à s'occuper de vaisseaux importants, puisqu'on opérât en dedans du constricteur inférieur du pharynx, dont les insertions au cartilage thyroïde et au cartilage cricoïde avaient été détachées. Les vaisseaux thyroïdiens restaient hors de vue, et il n'y avait plus qu'à décoller la

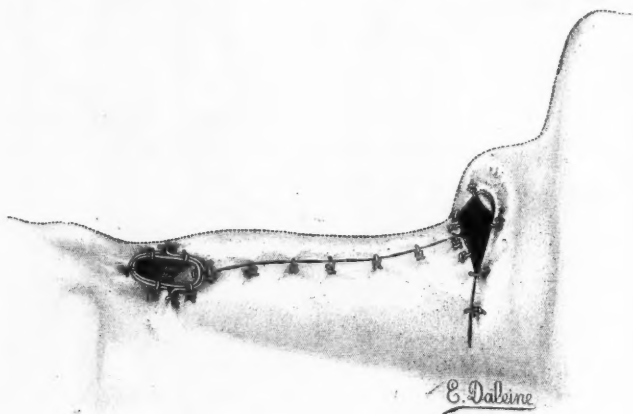


Fig. 3.

muqueuse pharyngienne de la face postérieure du larynx, à laquelle elle ne tient que par un tissu cellulaire lâche. L'épiglotte étant saine, fut laissée en place, après section de la membrane thyrohyoïdienne. Je coupai avec des ciseaux les grandes cornes du cartilage thyroïde; enfin, la séparation du larynx fut complète lorsque j'eus coupé la muqueuse au niveau du bord libre des replis aryténo-épiglottiques. Le pharynx ne communiquait avec la plaie que par le contour de l'orifice supérieur du larynx, tandis qu'en bas la trachée subsistait tout entière, n'offrant qu'une seule ouverture, son

orifice supérieur, en ce moment surmonté par la canule.

Après hémostase définitive au moyen de quelques ligatures au catgut, la trachée débarrassée de sa canule fut suturée directement à la peau. La demi-circonférence antérieure fut réunie à la lèvre inférieure de l'incision transversale pratiquée au commencement de l'opération à ce niveau; la demi-circonférence postérieure fut suturée à la lèvre supérieure de cette même incision. L'ouverture du pharynx fut suturée de la même manière par moitié aux lèvres de l'incision transversale supérieure. Enfin, les lèvres de l'incision médiane verticale furent suturées directement l'une à l'autre; même chose fut faite aux extrémités des incisions transversales à droite et à gauche des orifices de la trachée et du pharynx.

L'opération terminée, il existait deux orifices: l'un béant, annulaire, au-dessus de la fourchette sternale, l'orifice de la trachée; l'autre, en forme de bouche sous le menton et s'ouvrant dans le pharynx derrière l'épiglotte conservée et qui pouvait se rabattre sur lui en guise d'opercule dans les mouvements d'élévation de l'os hyoïde.

Dans cet orifice, je plaçai une sonde œsophagienne. L'orifice de la trachée fut laissé béant, sans canule, et simplement recouvert d'un morceau de gaze antiseptique au salol. Au-dessus, pansement au chloral. Après l'opération, le malade a vite repris toute sa connaissance. Jusqu'à trois heures de l'après-midi environ, il a eu de fréquentes quintes de toux. Le pansement fut changé; il était imbibé de sang, mais en assez faible quantité. Le malade fut enveloppé d'ouate pour lui permettre de rester assis dans son lit, sans se refroidir.

De 3 à 6 heures, les quintes ont à peu près cessé, il est calme. Je le vois à 6 heures et demie, il ne souffre pas, la température est de 38°,5, sa respiration paraît libre, le pouls n'atteint pas 100°, mais présente quelques irrégularités. A partir de 8 heures, les quintes reparaissent et persistent jusqu'à minuit, et recommencent à s'espacer. A deux heures et demie de la nuit, la surveillante, qui le veillait attentivement, le voit pâlir et cesser de respirer; la mort

survint en quelques minutes sans signes précurseurs ; il n'y eut à aucun moment apparence de cyanose.

Le malade mort, le pansement a été enlevé immédiatement ; il était peu taché de sang, l'orifice trachéal était parfaitement libre.

A l'autopsie, faite le lendemain, les viscères ne présentent aucune lésion notable. La trachée et les bronches sont absolument libres. Tout autour de la trachée et des bronches, les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés.

La plèvre est saine. Les poumons sont souples. Le poumon droit présente seulement un point assez limité de congestion vers sa base. Les cavités cardiaques sont dilatées. Les valvules sont tout à fait normales.

Foie et rein normaux. Rien à l'intestin. Pas d'hypertrophie ganglionnaire dans l'abdomen.

*Examen anatomique.* — Tout le côté gauche du larynx est envahi par une masse végétante à contour arrondi, remplissant le ventricule, s'arrêtant juste à la ligne médiane, qu'elle avait semblé déborder lors de l'examen laryngoscopique, descendant jusqu'à un centimètre du bord inférieur de l'anneau cricoidien.

L'examen histologique a été fait au laboratoire du professeur Cornil, par M. Toupet, qui m'a transmis la note suivante :

« Muqueuse du larynx hypertrophiée passant au-dessus de la tumeur.

« Immédiatement au-dessous, lobules composés d'épithélium pavimenteux stratifié. Au milieu des petits lobules, globules épidermiques très nets. Au milieu des gros lobules, amas de cellules cornées paraissant se détacher assez facilement. A certains endroits, elles sont tombées et laissent des lacunes.

« Les glandes, en certains points, ont conservé leur épithélium clair, caliciforme ; dans d'autres endroits, elles ont de l'épithélium cubique. »

---

## II

ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX, LOBULÉ ET CORNÉ  
DU LARYNX. TRACHÉOTOMIE. ABLATION ULTÉ-  
RIEURE DU LARYNX. GUÉRISON. — RÉCIDIVE  
GANGLIONNAIRE QUATRE MOIS ENVIRON APRÈS  
L'EXTIRPATION DU LARYNX. ABLATION D'UN  
GANGLION DÉGÉNÉRÉ. GUÉRISON. MORT D'IN-  
FLUENZA. (1)

Par M. le Dr **F. TERRIER**, chirurgien de l'hôpital Bichat,  
membre de l'Académie de médecine.

Dupuis (Louis), 50 ans, marchand des rues, n'offre rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels qui soit intéressant à noter. Cependant il a des habitudes alcooliques.

En mai 1887, Dupuis s'aperçut qu'il perdait la voix, mais ne s'en préoccupa pas; ce n'est qu'en mars 1889, alors qu'il souffrait depuis deux mois de douleurs assez vives du côté de la gorge, qu'il vint consulter à Lariboisière M. le Dr Gouguenheim.

A ce moment, son état général est excellent. M. Gouguenheim pratique l'examen laryngoscopique et diagnostique un cancer intrinsèque du larynx. Il soumet le malade à un traitement par l'iodure de potassium; mais l'état du patient s'aggrave, il a des accès de suffocation, de la dysphagie, aussi se décide-t-il à entrer à l'hôpital Lariboisière le 6 mai 1889. Le 7 mai, pour parer aux accidents de suffocation, on fait la trachéotomie, sans chloroforme. L'ouverture de la trachée fut faite immédiatement au-dessous du cricoïde.

Peu après son opération, Dupuis fut atteint d'un érysipèle qui débuta au niveau de la plaie trachéale.

L'état général du malade continua à s'aggraver. Sur les conseils de M. Gouguenheim, il entra à l'hôpital Bichat pour subir une opération plus radicale, le 24 juin 1889.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital Bichat, on soigna l'érythème siégeant au devant de la poitrine de Dupuis,

(1) Lu à la Société de Chirurgie, le 19 mars 1890.

puis on répéta l'examen laryngoscopique, qui confirma le diagnostic de cancer du larynx.

L'opération de l'ablation du larynx fut faite le 26 juillet 1889 :

*Opération* (26 juillet 1889), aidé par MM. Hartmann, Péraire et Delagèrère, interne du service. — Comme la trachéotomie avait été faite d'urgence et très haut, je fus fort gêné pendant l'opération et je dus enlever le larynx *en deux temps*. On substitua à la canule ordinaire, la canule de Trendelenburg, mais lorsque le malade a été déjà endormi, par sa canule habituelle. Cette substitution provoque des accès de toux assez gênants. On continue l'anesthésie avec la canule à chemise de T... et à l'aide d'un pavillon muni d'une toile qu'on humecte de chloroforme. Ce pavillon en entonnoir est muni d'un tube en caoutchouc qui s'adapte à la canule à chemise.

Incision médiane allant de la partie supérieure de l'os hyoïde jusqu'au pavillon de la canule, c'est-à-dire jusqu'au cartilage cricoïde exclusivement. Cette incision saigne peu, on place quelques pinces sur des artérioles.

En bas de l'incision, à droite et à gauche, incision de la peau transversale dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Il y a un peu plus de vaisseaux lésés, d'où la nécessité de pinces ; des veines surtout sont intéressées et donnent pas mal de sang dans les efforts de toux du malade. J'incise et déchire les adhérences des ailes du thyroïde avec les parties voisines avec le bistouri d'abord, puis une sonde cannelée, et enfin avec le doigt indicateur. Ici encore, il s'écoule pas mal de sang, par suite des efforts de toux du patient ; de plus, malgré les insufflations répétées, la chemise de la canule de T... n'a jamais obstrué parfaitement la trachée, et du sang s'est toujours un peu écoulé dans le conduit, d'où les accès de toux, l'expectoration de mucus sanglant par la canule, et enfin l'air, qui à chaque moment est revenu par la plaie quand le larynx fut intéressé.

Les parties latérales du thyroïde libérées, j'essayai, mais en vain, de libérer aussi le cricoïde ; il était situé juste au-dessus de l'ouverture de la trachée faite jadis et bien trop haut.

Je résolus alors de couper la membrane crico-thyroïdienne en haut, je la disséquai et l'enlevai en procédant de bas en haut. La section de la membrane crico-thyroïdienne fut difficile, elle était épaisse et en partie ossifiée ; de plus elle donna du sang en nappe, d'autant qu'à ce moment l'opéré eut quelques quintes de toux. Une grosse veine fut ouverte et saisie par une pince

américaine. D'autres pinces furent placées sur les parties saignantes. Cette section faite, le thyroïde saisi avec des pinces à griffes est attiré en avant; malheureusement l'une de ces pinces, trop faible, se brise; on lui substitue une pince à griffes de Richelot, plus solide. Alors, soit en coupant, soit plutôt en déchirant les tissus, le cartilage thyroïde et l'aryténoïde furent relevés de bas en haut. Arrivé à la partie supérieure j'ouvris à coups de ciseaux le pharynx et je sectionnai les parties au niveau de la base de l'épiglotte, qui fut laissée en place. Il s'écoula une notable quantité de sang par cette section des parties molles, et le sang reflua jusque dans la bouche et le nez. On épongea, plaça des pinces et comprima un peu les tissus. Si bien que l'écoulement sanguin se modéra beaucoup. Je m'efforçai alors de faire l'hémostase définitive en plaçant des ligatures sur les vaisseaux lésés, et je puis ainsi en faire au plus six ou huit. La base de l'épiglotte saignant toujours un peu, elle gêne les manœuvres opératoires; pour y remédier avec des pinces à pression placées méthodiquement, on écarte latéralement, à droite et à gauche, la muqueuse du pharynx, ouvert en avant, et on y place des éponges maintenues par des pinces à pression.

J'ai fait en ce moment l'extirpation de la partie supérieure du larynx seulement; il reste encore le cricoïde, épaissi, induré, malade en un mot.

Pour l'enlever, il fallut tout d'abord l'isoler latéralement et en arrière, soit avec les doigts, soit à coups de ciseaux. Pour faciliter cet isolement, le cricoïde était saisi et attiré en haut et en avant à l'aide de deux pinces à griffes de Richelot. Ces manœuvres déterminent de violents accès de toux, le sang passant dans la trachée et l'air, de son côté, s'infiltrant dans l'étroit orifice du cricoïde.

C'est alors que, pour terminer l'extraction des parties malades, je dus retirer la canule de T..., attirer le cricoïde et la trachée au dehors et en avant, inciser sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous du trajet du tube à trachéotomie jusqu'à la trachée, de façon à ouvrir celle-ci largement.

Pour m'assurer de suite de la respiration, je fixai à la peau par des points de suture d'argent la paroi antérieure de la trachée largement ouverte. 3 points furent d'abord placés de chaque côté, puis 3 autres, et en tout 12; un 13<sup>e</sup> fut ajouté plus tard.

La trachée fixée et ouverte, je pus alors en séparer facile-

ment et avec le thermocautère le cricoïde déjà sectionné dans son milieu.

D'autres points intermédiaires — 3 ou 4 — furent faits au crin de Florence, toujours dans le but d'adosser intimement la muqueuse de la trachée à la peau du cou.

Notez que celle-ci fut réséquée dans toute la partie suppurante correspondant au trajet de la canule. Quelques ligatures (toutes à la soie) furent placées sur les vaisseaux qui avaient nécessité l'application de pinces.

Nous nous occupâmes alors du pharynx.

Il fut nettoyé du sang et des caillots, et la muqueuse, déjà saisie et maintenue latéralement par des pinces à pression, fut réunie aux téguments du cou de chaque côté, de façon à constituer une sorte de gouttière ouverte en avant et en bas. 4 à 5 points furent aussi placés à droite et à gauche, un autre à la partie inférieure, comprimant un repli de la muqueuse, de façon à compléter l'infundibulum de la partie supérieure de l'œsophage. Une sonde urétrale (n° 24) en caoutchouc rouge fut fixée à demeure dans l'œsophage à l'aide d'un crin de Florence passant par sa paroi et les téguments du cou.

Pansement avec de la gaze iodoformée placée dans la partie supérieure du pharynx et le remplissant.

Autre tamponnement entre l'infundibulum œsophagien et l'infundibulum trachéal.

L'opération a duré juste une heure cinquante-cinq minutes. L'anesthésie, faite par mon ancien interne le Dr Péraire, a nécessité 45 grammes de chloroforme.

L'examen de la pièce fut fait par le Dr Poupinel (série A, pièce n° 175). Le larynx présentait dans sa cavité une tumeur du volume d'une petite noix, de forme irrégulière, recouverte par la muqueuse, à surface lisse, sauf en arrière, où elle était ulcérée, et occupant toute la moitié droite de la cavité laryngienne, empiétant un peu en arrière sur la moitié gauche.

Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé corné.

Le soir de l'opération, par suite du gonflement de la muqueuse trachéale, qui obstruait le conduit aérien, l'introduction d'une canule dans la trachée fut rendue nécessaire.

Les suites de l'opération sont simples. Le pansement, sali par les mucosités qui sortent de la trachée, est renouvelé tous les jours.

Trois jours après l'opération, le malade prend par sa sonde œsophagienne : 2 litres de lait, 2 œufs et 3 cuillerées de poudre



de viande, plus 1/2 litre de bouillon, 36 centilitres de vin et 200 grammes de potion de Todd.

Le 27 août, un mois après l'opération, D... commence à avaler quelques aliments pris par la bouche.

Le 10 septembre, on enlève la sonde de l'œsophage.

L'état du malade est excellent, et il augmente progressivement de poids.

Le 15 novembre, on constate sur le côté droit du cou la présence d'un petit ganglion qui augmente rapidement de volume.

Le 28 novembre, on ouvre et gratte ce ganglion. M. Poupinel l'examine microscopiquement et reconnaît de l'épithélioma pavimenteux lobulé corné et muqueux. Il examine aussi un bourgeon enlevé à l'orifice trachéal, mais il ne peut affirmer que ce soit de l'épithélioma.

Les jours suivants, il s'écoule de la plaie latérale du cou un liquide abondant d'odeur fétide qui oblige le renouvellement journalier du pansement.

Le 14 décembre, le patient est pris dans la journée de frisson et de dyspnée intense et meurt dans la nuit, d'influenza, d'après l'avis de M. Delagénère, qui l'a suivi dans ses derniers moments.

Toutefois, le ganglion profond du cou enlevé incomplètement et évidé, était le siège d'une suppuration qui a pu et dû jouer un rôle dans les accidents ultérieurs présentés par le malade.

En fait, dans ce cas, j'ai bien utilisé la canule de Trendelenburg, mais sans l'avoir fait préalablement porter par le malade. Cette canule a été inutile à la fin de l'opération, lorsque, ne pouvant faire autrement, j'ai dû sectionner le larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne.

Enfin, j'ai cru devoir suturer la trachée à la peau, et malgré cela il a fallu faire usage d'une canule à demeure persistante.

---

## III

## DES PARALYSIES LARYNGÉES SYPHILITIQUES

Par **Paul TISSIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

## I

La syphilis laryngée peut atteindre toutes les parties constituantes du larynx. Dans un travail antérieur, nous nous sommes occupé spécialement des altérations de la muqueuse, du tissu sous-muqueux et du système cartilagineux, relevant de la syphilis tertiaire.

Nous nous proposons actuellement d'étudier plus spécialement les troubles laryngés d'origine neuropathique et myopathique. — Nous n'aurons que peu de choses à dire au sujet des modifications de la sensibilité, dépendant le plus souvent d'une lésion du nerf laryngé supérieur, et nous nous occuperons surtout des phénomènes paralytiques, d'origine variable, que l'on rencontre dans la syphilis, du côté de l'organe de la voix.

Déclarons, dès maintenant, que les paralysies laryngées syphilitiques n'ont rien de bien spécial, rien de caractéristique. Elles sont, en effet, soumises au hasard des localisations des lésions spécifiques et, dès lors, tout processus analogue, siégeant aux mêmes points, produira des symptômes absolument comparables.

Il ne s'ensuit pas que l'étude des paralysies laryngées, relevant de la syphilis, soit dépourvue d'intérêt, nous aurons l'occasion de le démontrer au cours de ce travail, mais, et c'est là le point que nous voulons indiquer ici, elles ne sauraient guère conduire à un diagnostic causal.

Il en est autrement au point de vue du diagnostic topographique, et si la constatation d'une laryngoplégie n'est pas suffisante à elle seule pour permettre d'assigner un

siège précis à la lésion génératrice, du moins indique-t-elle dans quelle direction doivent être poursuivies les recherches et concourt-elle, pour une large part, à fixer le jugement du clinicien.

Il y a plus, les troubles paralytiques du larynx peuvent constituer et constituent souvent un symptôme révélateur, étant les seuls phénomènes qui indiquent l'existence et le développement d'un processus morbide, autrement latent.

Comme, d'autre part, il ne faut pas oublier que certaines laryngoplégies peuvent exister sans troubles de la respiration et même sans modification profonde de la voix, on conçoit l'importance de l'examen direct du larynx, alors qu'aucun symptôme anormal grave n'attire de ce côté l'attention du sujet, ni celle du médecin non prévenu.

Dans ces cas, c'est l'existence de troubles respiratoires ou vocaux légers, c'est l'ensemble des phénomènes morbides présentés par le malade, qui guidera le médecin et le conduira à examiner le larynx.

Il résulte de l'ensemble des recherches que nous avons faites dans les traités spéciaux et la littérature médicale, que l'histoire des laryngoplégies syphilitiques a suscité fort peu de travaux d'ensemble. [M. Mackenzie, von Ziemmsen, Masséi (1), C. Lewis, Mauriac, etc.]

Les observations publiées sont assez nombreuses, et à côté de l'anévrysme de l'aorte (Bosworth) plus souvent même que lui, les lésions diverses de la syphilis sont notées, comme processus générateurs, dans l'ensemble des faits de paralysies laryngées. Si l'on admet, d'autre part, que la syphilis joue un rôle dans la production de certains anévrysmes de l'aorte, on arrive à cette conclusion que, parmi tous les processus qui peuvent amener le développement de laryngoplégies, la syphilis doit occuper le premier rang. Il y aurait, sans doute, plus d'une réserve à faire, sur cette don-

(1) CHRISTOPHE LEWIS. Clinical observations on syphilis of the Larynx. (*Birmingham med. Review*, mars 1877). — (Paralysie de la corde vocale droite et de la paupière droite chez un enfant de huit ans. — Syphilis acquise.)

née fondée uniquement sur la statistique des cas publiés, et pour notre part, nous ne la tenons pas pour absolument exacte.

## II

Les paralysies laryngées syphilitiques peuvent relever d'une lésion des muscles du larynx, du tronc du récurrent, du tronc du nerf vague, des racines du nerf vague et du nerf spinal, des noyaux bulbaires de ces derniers nerfs et vraisemblablement aussi, quoique ce ne soit là encore qu'une induction un peu théorique, de lésions cérébrales.

De toutes ces lésions, les plus fréquentes sont celles qui atteignent le laryngé inférieur, et si l'on a présents à l'esprit le trajet et les rapports du récurrent gauche, on ne s'étonnera pas que, dans la très grande majorité des cas, ce soit lui qui soit intéressé. C'est là, d'ailleurs, un fait qui se retrouve pour toutes les causes de laryngoplégies et la fréquence extrême de celles-ci du côté gauche n'a rien de spécial à la syphilis. On voit cette unilatéralité gauche se faire dans la tuberculose avec adénopathies, l'anévrisme de l'aorte, etc. Cela est tellement vrai, que la constatation d'une paralysie laryngée unilatérale droite doit, dans un bon nombre de cas, non dans tous, certes, attirer l'attention du côté de l'œsophage, souvent alors siège d'un néoplasme. Inversement, l'examen du larynx fournit, à ce point de vue, des données parfois précieuses, dans les cas où l'on soupçonne une lésion épithéliomateuse du conduit œsophagien.

## III

*Paralysies myopathiques* (1). — Dans un travail précédent, nous avons décrit les altérations profondes que pouvait produire, dans le larynx, le processus syphilitique. — Les

(1) Nous nous abstenons dans ce travail de citer les cas particuliers toutes les fois qu'il s'agit de faits bien connus et d'observation courante; l'intérêt qui s'y attache en pareil cas n'ayant rien de spécial.

lésions envahissent le tissu sous-muqueux et atteignent fréquemment les cartilages. Il n'est pas rare, en pareil cas, de trouver les muscles infiltrés, quelquefois détruits.

Malgré cela, les paralysies relevant de ce processus sont rares, et lorsque la syphilis produit une laryngoplégie, la muqueuse même du larynx reste souvent indemne. Il est juste d'ajouter immédiatement que, dans les formes graves de syphilis du larynx, lorsque celui-ci est labouré d'ulcérations, rétracté et déformé par des bandes scléreuses cicatricielles, il devient bien difficile de reconnaître l'existence de paralysies musculaires. Dans certains cas même, où le larynx est transformé en un conduit informe, à parois rigides, toute trace de motilité disparaît.

Mais il n'en reste pas moins vrai, et c'est là un fait qui s'observe aussi dans la tuberculose, que l'on peut voir au laryngoscope des cordes vocales infiltrées, profondément déformées, ulcérées même, possédant des mouvements d'abduction et d'adduction relativement étendus.

Certains auteurs ont pensé que les troubles de la voix que l'on observe assez fréquemment dans la période secondaire (Diday), la raucité, la dysphonie, relèveraient d'une paralysie ou d'une parésie des thyro-aryténoïdiens internes (Mauriac), et cru trouver là une des applications de la loi de Stokes, trop souvent invoquée, hors de propos.

Mais, comme le remarque lui-même M. Mauriac, cet état paralytique ne se trouve pas confirmé par les examens qu'il a faits en commun avec Krishaber.

Il ne se trouve pas signalé non plus dans le très important travail de M. Gouguenheim sur la laryngite secondaire.

L'interprétation nous semble donc fausse. Néanmoins, nous croyons qu'il ne faudrait pas nier *à priori* l'existence de ces laryngoplégies superficielles. Mais elles relèveraient plutôt alors d'un processus analogue à celui qui explique la paralysie de l'ary-aryténoïdien dans la laryngite catarrhale (1). Il s'agirait de l'extension du processus inflammatoire superficiel aux fibres musculaires immédiatement sous-jacentes.

(1) A. PROUST et P. TISSIER. Paralysies du muscle ary-aryténoïdien. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1890.)

On a trouvé quelquefois des lésions musculaires gommeuses. C'est ainsi que nous avons cité ailleurs le cas de Bouisson, (gomme du crico-aryténoïdien postérieur) auquel il faut joindre celui de Bouillaud et Ordonez, où l'on trouva à la place d'un des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs une tumeur blanc-grisâtre, dure, de structure fibreuse.

#### IV

*Paralysies récurrentielles.* — Le tronc du nerf récurrent est assez peu volumineux pour qu'on puisse penser *a priori* qu'une lésion qui l'atteint doive provoquer toujours un syndrome identique, soit irritatif, spasmodique, soit paralytique. L'observation clinique a montré qu'il n'en était rien. Les processus morbides qui intéressent le laryngé inférieur produisent soit une paralysie totale, la paralysie récurrentielle proprement dite; soit un trouble spécial dans la mécanique du larynx, que l'on attribue généralement à une paralysie des dilatateurs.

Cette dernière question a donné lieu à des controverses sans nombre. Nous avons opposé aux théories de Rosenbach, de Semon et de Krause une explication qui nous semble à la fois plus clinique et plus physiologique. Ce n'est pas le lieu de la discuter ici; elle est, en effet, exposée en détail ailleurs dans le traité de la phthisie laryngée que nous avons publié en collaboration avec M. Gouguenheim. Nous nous en tiendrons donc ici aux seules données nécessaires pour la compréhension des faits.

*$\alpha$ -Paralysie récurrentielle totale-unilatérale.* — La paralysie totale unilatérale (1) siège, avons-nous dit, le plus souvent à gauche. Sa cause immédiate la plus fréquente est la compression du récurrent par un ganglion tuméfié ou en dégénérescence gommeuse (Gehhardt, Turck). Tout autre

(1) Dans le cas de Baumler (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, Band II, p. 550, 1867) (paralysie récurrentielle bilatérale chez un syphilitique), il faut remarquer qu'il existait de la péricardite; ce cas est exceptionnel, et, en règle générale, les paralysies récurrentielles syphilitiques sont unilatérales.

processus syphilitique peut naturellement avoir le même résultat.

La respiration est libre si la paralysie est totale ; la voix, rarement perdue complètement, est rauque et bitonale. Elle s'améliore, du reste, assez vite, parce que la corde saine joue alors un rôle compensateur, et pendant l'adduction phonatrice arrive à dépasser la ligne médiane et même à se juxtaposer à la corde paralysée. Il reste toujours une modification de la voix et une certaine bitonalité, due à l'absence de synchronisme des vibrations des deux cordes, mais nous avons vu plusieurs cas où les troubles vocaux n'étaient pas suffisants pour attirer l'attention du malade.

Nous passons vite sur cette symptomatologie, dépourvue de tout caractère spécial, et de même nous ne faisons qu'indiquer l'aspect du larynx, dont une des cordes vocales reste immobile, en position *cadavérique*, intermédiaire entre l'adduction (phonation) et l'abduction (inspiration profonde).

β-*Sténose neuropathique permanente de la glotte* (paralysie des dilatateurs de la glotte).

Ce complexe morbide est caractérisé par la prédominance d'action des adducteurs, d'où la situation médiane, phonatrice, permanente des rubans vocaux, permettant l'émission plus ou moins normale de la voix, mais créant une cause grave de dyspnée laryngienne, du fait du rétrécissement de la fente glottique.

Ce trouble de motilité, déjà soupçonné par Trousseau, a été constaté directement pour la première fois par Gehhardt (1863), et depuis on en a publié de nombreux exemples. Parmi ceux que nous avons nous-mêmes observés, aucun ne relèvait de la syphilis.

Cette position des cordes peut dépendre d'un processus myopathique ; c'était en particulier le cas dans le fait observé par Jackson (1) 1868, qui est la seconde observation publiée, mais elle résulte le plus souvent d'une lésion récurrentielle (on l'a rencontrée aussi dans les lésions du tronc du pneu-

(1) JACKSON. *Med. Times and Gazette*, 13 décembre 1868 ; voir encore PENZOLDT, M. MACKENZIE, WOAKES, etc.

mogastrique, des racines et des noyaux bulbaires de ce nerf et du spinal). Pour Morell Mackenzie, dans un grand nombre des observations de cette lésion, la syphilis entraînait probablement en jeu, et il invoque la production de dépôts gommeux intramusculaires.

Depuis longtemps, on a remarqué que, dans les paralysies récurrentielles totales, les abducteurs étaient souvent le plus atteints, et Elsberg a noté que lorsqu'il se produit une régression du processus morbide, l'amélioration porte d'abord sur les adducteurs.

Certes, la position superficielle des crico-aryténoïdiens postérieurs, leur situation qui les expose à des traumatismes fréquents, expliquent jusqu'à un certain point la prédominance avec laquelle différents processus, la syphilis en particulier, frappent ces muscles. Mais cette explication ne saurait suffire.

L'idée qu'il s'agit d'une paralysie proprement dite et isolée du crico-aryténoïdien postérieur, par lésion élective des filets destinés à ce muscle, dans le tronc du récurrent (Loi de Rosenbach-Semon), ne suffit pas non plus à expliquer pourquoi la lésion est si souvent double, bilatérale.

Le larynx, organe de perfectionnement adapté sur le tube aérien, exerce ainsi une double fonction : l'une respiratoire, primordiale ; l'autre phonatrice, surajoutée. A chacune de ces fonctions correspond une innervation spéciale, fait qui s'observe dans d'autres groupes musculaires et qui a été depuis longtemps établi par Claude Bernard. Ainsi s'explique vraisemblablement l'origine des filets nerveux du récurrent provenant de deux paires nerveuses, vague et spinal. Si l'altération qui atteint ce nerf porte plus spécialement sur les fibres présidant à la fonction respiratoire, c'est qu'il existe, sans doute, une vulnérabilité ou une disposition spéciale de celle-ci.

Dès lors, les cordes se trouvent dans la situation phonatrice, en adduction permanente. Cet effet semble bien, d'après un certain nombre d'observations, pouvoir résulter d'une lésion unilatérale (Bäumler et Johnson), et ne peut s'expliquer que par notre hypothèse, par la diminution du



tonus respiratoire au niveau de la glotte. Krishaber (1) avait déjà vu le fait et essayé de l'expliquer par un mécanisme inacceptable au point de vue physiologique et même clinique pour le plus grand nombre des cas (irritation du récurrent, contraction spasmodique des muscles du côté correspondant et de l'aryténoïdien, muscle impair). Si la sténose névropathique permanente est fréquente dans la syphilis, la *paralysie proprement dite, isolée des adducteurs*, est aussi assez commune. Mais alors, elle est ordinairement unilatérale et, dans la plupart des cas, soit myopathique, soit due à des lésions des noyaux bulbaires. L'étude du système nerveux montre assez fréquemment ces dissociations, la lésion se localisant sur le groupe de cellules d'où naissent les fibres destinées à un muscle (paralysies oculaires).

Mackenzie en rapporte deux cas, dont l'un semble se rattacher à une lésion locale; on en trouve un certain nombre d'autres dans les auteurs (Poyet); nous n'avons pas vu signalés de faits contraires à la théorie que nous soutenons.

De même, pour les paralysies isolées des autres muscles, qui sont le plus souvent unilatérales (il faut invoquer l'un de ces deux processus, myopathique ou bulbaire). Parmi les cas de paralysie des adducteurs crico-aryténoïdiens latéraux, citons ceux de M. Mackenzie et de Heymann (2) (paralysie d'un seul adducteur latéral.)

## V.

*Paralysies par lésion du tronc du pneumogastrique et par lésion des racines du pneumogastrique et du spinal.* — Lorsque le tronc du pneumogastrique est lésé au-dessous de l'origine du laryngé supérieur, on a exactement les mêmes symptômes que si la lésion atteignait le récurrent. Lorsque, au contraire, le processus siège plus haut, il existe fréquemment des troubles de la sensibilité, troubles qui pourraient dispa-

(1) KRISHABER. *Mémoires de la Soc. de biolog.*, p. 132, 1876.

(2) HEYMAN. *Verein. f. innere Medic. Berlin*, séance du 7 février 1888.

raître à la longue. Nous n'avons pas trouvé dans les auteurs d'observations d'altérations spécifiques intéressant le laryngé supérieur.

Dans un fait rapporté par Morell-Mackenzie, on trouva une paralysie récurrentielle totale de la corde vocale gauche et, à l'autopsie, des lésions méningées syphilitiques occupant la base du cerveau. Les racines des nerfs pneumogastrique et spinal étaient, si l'on s'en rapporte à la courte relation donnée par l'auteur, comprises dans la sphère des lésions.

## VI.

*Paralysies d'origine bulbaire.* — Morell-Mackenzie cite une observation de Huglings Jackson avec hémiatrophie gauche de la langue et du voile, et paralysie totale de la corde gauche, qui fut rattachée à une altération syphilitique de la moelle allongée à l'origine du spinal. Dans une seconde observation, une « paralysie double des adducteurs » relevait aussi d'une lésion bulbaire. On a rapporté un certain nombre de cas semblables, dont les autres symptômes concomitants indiquaient nettement l'origine bulbaire. Mais les observations suivies d'autopsie se comptent. Dans ces faits, ainsi qu'on le voit, il y a ordinairement coexistence d'autres paralysies, ce que l'on conçoit facilement en se rappelant les rapports des noyaux du vague et du spinal dans le bulbe.

A ce propos, nous insisterons un peu sur les faits d'origine syphilitique, dans lesquels la paralysie laryngée d'origine bulbaire s'accompagne d'hémiatrophie linguale. M. R. Leudet (1) en a publié deux cas dans un travail récent. Il faut joindre aussi l'observation de Pel (2).

Cette association symptomatique suppose qu'une lésion bulbaire atteint à la fois les noyaux de l'hypoglosse et ceux

(1) R. LEUDET. Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 12, p. 613, décembre 1887.)

(2) PEL. *Bertin. klin. Wochenschrift*, n° 29, 18 juillet 1887.

qui fournissent les filets nerveux destinés aux muscles du larynx. Il est à noter que dans les trois cas cités, la paralysie était unilatérale et complète dans la première observation de Leudet et dans celle de Pel, tandis que dans le second fait de Leudet, il n'existait qu'une paralysie unilatérale de l'abduction.

Ce dernier cas prouve que les paralysies isolées d'un muscle laryngé peuvent avoir une origine bulbaire, et il serait intéressant de pouvoir ainsi déterminer la situation respective dans le bulbe des différents noyaux secondaires destinés à chaque muscle.

Il est regrettable que l'on n'ait pas noté si le processus atrophique constaté à la langue ne s'étendrait pas aussi à la corde paralysée. C'eût été un point important pour l'histoire, si pauvre en documents, de l'atrophie des cordes vocales.

## VII

*Paralysies d'origine centrale* — Les paralysies laryngées sont assez exceptionnelles dans les lésions cérébrales. On en a rapporté cependant un certain nombre d'exemples.

La syphilis cérébrale peut-elle produire des troubles paralytiques du côté du larynx? Le fait ne semble pas douteux (cas de Cartaz). Il est même permis de supposer, si l'existence d'un centre cortical laryngé (Garel, Krause, Rebillard) se confirme, qu'on pourrait avoir des laryngoplégies d'origine corticale.

A propos des discussions soulevées en ce moment sur cette question de la localisation des mouvements des cordes vocales (Krause, Garel, Semon et Horsley), nous voudrions insister sur un point qui nous semble trop laissé de côté et qui rend les conclusions des auteurs à peu près inexplicables. Le larynx, avons-nous dit, a une double fonction. Il est vraisemblable qu'il a aussi deux centres. L'un correspondant aux régions antérieures du cerveau pour l'adduction, c'est-à-dire la phonation, fonction de perfectionnement. C'est celui indiqué par Krause, par Rebillard, par M. Garel, par

Semon et Horsley. L'autre à siège indéterminé, correspondant à la fonction respiratoire. Aussi voyons-nous que ni Krause, ni Masini, ni M. Fr. Franck, ni Semon et Horsley n'ont pu trouver le centre d'abduction des cordes (1).

## VIII

Avant de déterminer ce qui a trait aux laryngoplégies syphilitiques, nous devons dire quelques mots sur « l'hystéro-syphilis ».

Les auteurs ont assez souvent noté des troubles de la motilité du larynx ne pouvant s'expliquer par aucune lésion appréciable, et certains même avaient prononcé le mot de paralysies dynamiques.

Nous savons aujourd'hui que la syphilis peut jouer vis-à-vis de l'hystérie le rôle d'agent provocateur, et dès lors il nous est facile de comprendre les akinésies laryngiennes sine materia. Les faits signalés par les auteurs trouvent ainsi leur explication rationnelle, et il est permis d'espérer que, l'attention une fois appelée sur ce sujet, les observations ne tarderont pas à venir confirmer cette vue, jusqu'ici forcément un peu théorique.

## IX

Le « diagnostic » résulte d'une part de la connaissance des antécédents du malade et de l'examen direct du larynx (2) d'autre part. Dans les cas de doute, le traitement spécifique pourra parfois servir de pierre de touche.

(1) Ce travail était terminé lorsque nous avons eu connaissance de la réponse de MM. Semon et Horsley à MM. Garel et Dor, parue dans le numéro de mai des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Cette distinction entre les centres phonatoires et respiratoires y est parfaitement indiquée. On trouvera brièvement exposée, mais cependant d'une façon aussi claire et aussi irréfutable que possible, cette opinion que nous soutenons depuis plusieurs années et qui est le fond de notre théorie sur les sténoses neuropathiques de la glotte.

(2) Nous devons signaler ici la difficulté du diagnostic dans les cas d'ankylose crico-aryténoidienne d'origine syphilitique simulant la paralysie des abducteurs.

Les accidents spasmodiques et la contracture s'observent assez rarement dans la syphilis laryngée. Cependant, il ne faut pas oublier que la contracture peut se montrer secondairement dans les antagonistes des muscles paralysés et venir compliquer la sténose neuropathique permanente.

Il faut aussi faire la part des coïncidences, et ne pas considérer comme d'origine syphilitique toute lésion survenant chez un syphilitique.

Dans un autre ordre d'idées, on peut se convaincre aisément de l'importance des données qui résultent de l'examen du larynx, dans les cas de diagnostic douteux, au point de vue de la localisation du processus morbide.

Le pronostic, en général, est celui des paralysies laryngées ordinaires, c'est-à-dire surtout menaçant lorsque les cordes se trouvent en situation médiane permanente, rétrécissant ainsi notablement l'orifice glottique.

Le traitement spécifique peut donner, surtout au début, d'excellents résultats, mais il ne faut pas perdre de vue la possibilité des récidives.

Un point encore avant de terminer. A quelle époque de la syphilis apparaissent les laryngoplogies?

Si l'on se reporte aux faits publiés, on est conduit à admettre que pouvant se montrer dès la fin de la période secondaire, c'est-à-dire relativement de bonne heure, elles se voient le plus souvent à la période tertiaire, à échéance plus ou moins éloignée.

N. B. — Pour la bibliographie, nous renvoyons à l'index qui accompagne notre travail antérieur sur la syphilis tertiaire du larynx. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1889.)

Nous avons laissé de côté à dessein les troubles laryngés survenant chez les ataxiques, dans l'histoire desquels la syphilis est notée. Par certains côtés [efficacité dans quelques cas rares du traitement spécifique (Fournier (1), Zie-

(1) FOURNIER. Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique, 1885.

gelmeyer) (1)] elles se rapprochent des laryngoplégies syphilitiques. Nous avons cru préférable d'étudier à part les manifestations laryngées du tabes, qui feront ainsi le sujet d'un prochain mémoire.

---

#### IV

#### LES AFFECTIONS DE L'ORGANE DE L'OUÏE DANS L'INFLUENZA. — CONTRIBUTION CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE.

Par le Dr **J. GRADENIGO**,

Docent d'otologie près les universités R. R. de Padoue et de Turin,  
Directeur de la section otologique de la polyclinique générale  
de Turin.

Les affections de l'organe de l'ouïe provoquées par l'*influenza*, durant la dernière épidémie, ont été l'objet, en ces derniers temps, de nombreuses publications. Tandis que les auteurs, en général, sont d'accord pour considérer comme caractère particulier des otites moyennes aiguës, consécutives à l'*influenza*, l'existence d'hémorrhagies se développant vite et abondamment, il y a une grande divergence dans leurs opinions sur la bénignité (Læwenberg, Hennebert, Eitelberg) ou sur la malignité (Politzer, Gruber, Glover, Châtelier) du processus morbide. De même aussi, les résultats des examens bactériologiques entrepris jusqu'ici sur la sécrétion des otites moyennes aiguës consécutives à l'*influenza* ne concordent pas entre eux. Weichselbaum constata, dans un cas, l'existence du *pneumo-diplococcus*; Lewy observa le *pneumo-diplococcus* dans six cas, le *staphylococcus pyog. albus* dans un cas; Netter, dans un cas, le *streptococcus pyo-*

(1) ZIEGELMEYER. Bericht über d. Sommersaison in Bad Langenbrücken, 1883.

genes. De concert avec le D<sup>r</sup> Bordoni-Uffreduzzi, j'ai entrepris quelques recherches bactériologiques à ce sujet; les résultats que nous avons obtenus ne me semblent pas dénués d'importance. Je les rapporte ici brièvement.

1<sup>re</sup> OBSERVATION. — *Otite moyenne externe, hémorrhagique, consécutive à l'influenza; staphylococcus pyogenes albus.*

N. N..., sage-femme à Turin, 27 ans.

Auparavant, elle n'avait jamais éprouvé de troubles d'oreilles. Une première fois, pendant l'hiver dernier, elle fut atteinte de l'influenza avec fièvre pendant deux jours, forte rhino-pharyngite, toux : aucun trouble de l'oreille. Au bout de deux mois, elle fut atteinte de nouveau par l'influenza : fièvre pendant deux jours et, au début, frissons répétés. — Le troisième jour, la malade s'éveilla le matin avec des douleurs très intenses de l'oreille gauche; à deux heures de l'après-midi, le même jour, elle constata qu'il était sorti une goutte de liquide de l'oreille malade; les douleurs diminuèrent. Le jour suivant, elle vint me trouver. Il existait sur la paroi inférieure du conduit auditif externe, portion osseuse, une vésicule noirâtre qui obstruait la moitié inférieure de la lumière du canal et qui avait la grosseur d'un haricot; il existait, en outre, une otite moyenne purulente, mais on ne découvrait pas de pus dans le conduit auditif. Après avoir soigneusement désinfecté les parties malades avec le sublimé, je pratiquai l'incision de la vésicule; il y eut un écoulement de sérum ténu coloré en rouge. Dans ce liquide, ainsi que dans le pus que je fis sortir de la cavité tympanique, au moyen du procédé de Politzer, à travers une petite perforation déjà existante, je constatai la présence du *staphylococcus pyogenes albus* en culture pure (1).

Le cours de l'affection fut assez long, mais régulier : le traitement consista en lavages abondants au sublimé et à l'acide borique, avec instillations de glycérine au sublimé.

2<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Otite moyenne aiguë déterminée par l'influenza; diplo-streptococcus.*

N. N..., 72 ans, de Turin.

Je fus appelé d'urgence, un soir, près de ce malade qui, depuis plus de deux jours et deux nuits, souffrait cruellement de dou-

(1) Je dois l'examen bactériologique de ce cas à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> Foà, professeur d'anatomie pathologique à l'Université royale.

leurs à l'oreille droite. Je trouvai un vieillard pâle, maigre, avec fièvre intense, céphalée et otalgie violente, tellement qu'à chaque acte expiratoire il émettait une plainte. Il était au lit depuis quinze jours, atteint de l'influenza. Hyperhémie intense de la membrane tympanique droite: pas de vésicule hémorrhagique, ni de pus dans le conduit. La mastoïde très douloureuse au palper: léger œdème des parties molles correspondantes. Paracentèse large de la membrane, avec écoulement abondant de sang et de pus. Lavages au sublimé (1/2 p. 1000): instillations de glycérine au sublimé (1 p. 1000). — Dans le pus recueilli 15 heures après la paracentèse, *diplococcus pneumoniae* en culture pure.

Malgré les écoulements abondants de pus, les douleurs et la fièvre ne diminuèrent que petit à petit. Le jour consécutif de la paracentèse de la membrane, l'enflure et la douleur de la mastoïde ayant augmenté, je prescrivis l'application locale de six sangsues, et, 36 heures après, des compresses glacées et phéniquées sur la mastoïde. Grâce à ce traitement énergique, la mastoïdite fut coupée à son début, et le malade, 20 jours environ après la paracentèse tympanique, est maintenant en voie de guérison.

3<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Otite moyenne purulente subaiguë*. — *Paracentèse de la membrane*. — *Staphylococcus pyogenes albus*.  
N. N..., 28 ans, paysan.

A la suite de l'influenza, il éprouve, depuis un mois environ, des douleurs violentes; sensation de pesanteur, difficulté d'audition de l'oreille gauche. — Membrane tympanique uniformément rougie: il n'y a pas de perforation. La paracentèse de la membrane donne issue à une sécrétion très peu abondante. — Au moyen de l'anse de platine stérilisée, je pénètre dans la caisse, à travers l'ouverture artificielle et, avec la sécrétion restée adhérente à cette anse, je pratique des cultures sur l'agar-agar et des préparations au couvre-objet. J'obtiens le développement du *staphylococcus pyogenes albus*.

Médication au sublimé et à l'acide borique. Le malade est encore en traitement.

4<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Otite moyenne externe hémorrhagique, consécutive à l'influenza; diplo-streptococcus*.

N. N..., élève sage-femme.

A la suite de l'influenza, elle eut de violentes douleurs à l'oreille droite. Elle se présente le troisième jour de la maladie



et quelques heures après que s'était montré un écoulement sanguinolent de l'oreille : les parois du conduit auditif externe, portion osseuse, sont uniformément tuméfiées, avec croûtes noirâtres ; noirâtre également est la membrane tympanique. Du méat sort un liquide séreux coloré d'hématine. Des cultures pratiquées avec ce liquide, recueilli immédiatement après l'ouverture de la membrane, se développe, en culture pure, le *diplo-streptococcus*.

Médication habituelle ; aucune complication.

5<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Otite moyenne aiguë déterminée par l'influenza ; paracentèse ; diplo-streptococcus.*

N. N..., 30 ans, mécanicien, de Turin.

Douleurs à l'oreille gauche depuis 24 heures ; à l'examen, la membrane tympanique rougie, spécialement dans la moitié supérieure. Pas de vésicules hémorrhagiques, ni sur la membrane, ni dans le conduit. Paracentèse dans le segment inférieur postérieur du tympan ; il en sort du sang mélangé à un peu de sérum visqueux. L'examen bactériologique fait reconnaître l'existence du *diplo-streptococcus* en culture pure.

Traitement au sublimé ; cours de l'affection, très bénin.

Le cas suivant n'entre pas, à la rigueur, dans la catégorie des otites déterminées par l'influenza ; toutefois, je crois opportun de le relater, tant à cause des rapports très étroits que l'on a reconnu exister entre l'*influenza* et les pneumonies qui ont prédominé durant l'hiver dernier que parce qu'il semblerait confirmer la possibilité d'une pneumonie consécutive à l'otite moyenne purulente produite par *diplo-streptococcus* (1).

6<sup>e</sup> OBSERVATION. — *Otite moyenne purulente aiguë bilatérale ; diplo-streptococcus.*

N. N..., 17 ans, maçon.

Le malade, qui n'avait jamais souffert des oreilles jusqu'alors, fut pris de douleurs, d'abord à l'oreille droite, puis à l'oreille gauche. Bientôt il s'établit, des deux côtés, une perforation spontanée et de l'otorrhée. Dans le pus des oreilles et dans le sang, on trouva le *diplococcus*. Cinq jours après le début de l'affection auriculaire, se manifesta la pneumonie qui eut un cours régu-

(1) Je dois cette observation à mon distingué collègue, le professeur Mya, auquel j'exprime ici mes plus vifs remerciements.

lier. Maintenant, le malade est convalescent; à droite, la membrane tympanique est un peu rouge, mais la perforation est fermée; à gauche, il y a, dans le segment antérieur, une perforation ovale, en direction verticale dans son plus grand diamètre.

Les observations précédentes nous autorisent à conclure que, dans l'influenza, les otites moyennes aiguës peuvent être produites non seulement par le *diplococcus* (1), mais aussi par des *coccus* pyogènes (dans deux des observations rapportées ci-dessus (1<sup>re</sup> et 3<sup>e</sup>) (*staphylococcus pyog. albus*), et que les symptômes cliniques ne sont pas, comme l'ont admis quelques auteurs, en rapport direct avec l'espèce de micro-organisme, cause de l'infection. Dans les deux formes aiguës hémorrhagiques, cliniquement si analogues, on rencontra, dans l'une, le *staphylococcus*; dans l'autre, le *diplococcus* (Observat. 1 et 4); dans les autres formes, dans lesquelles la sécrétion avait l'aspect de véritable pus, on trouvait parfois le *diplococcus* (Obs. 2 et 6), parfois le *staphylococcus* (Obs. 3).

De même, quant à leur cours, les otites moyennes déterminées par l'influenza ne peuvent être réunies en un groupe spécial: comme dans les autres otites en général, nous avons ici également les formes simplement catarrhales, les formes purulentes bénignes et les formes graves, parfois très graves. J'ai pu observer quelques cas d'otite moyenne consécutifs à l'influenza, dans lesquels on observe de très bonne heure des phénomènes graves mastoïdiens, ou périostites des parois du conduit auditif externe, très rebelles au traitement.

En ce qui concerne le traitement, je crois qu'on ne saurait jamais assez recommander une prompte paracentèse et l'usage de lavages répétés au sublimé (de 1/2 à 1 p. 1000) en solution

(1) Au sujet des caractères morphologiques et biologiques du *diplococcus* rencontré par Bordoni-Uffreduzzi et par moi dans les otites moyennes consécutives à l'influenza, qu'il me suffise pour le moment de mentionner qu'il ne diffère pas de celui que, tous deux, nous avons observé dans d'autres formes d'otites moyennes dites genuines; il présentait, comme caractère spécial, une grande atténuation dans ses propriétés pathogéniques; il produisait la septicémie chez les petits rats, il était presque sans action sur le lapin. Nous publions dans l'*Archivio di scienze mediche*, avril 1890, et dans le *Centralblatt f. Bacteriologie*, n° 17, 1890, un travail complet sur cette question.

aqueuse. La glycérine au sublimé, vantée par Zaufal, ne m'a donné de bons résultats que lorsque la sécrétion était peu abondante et la perforation assez large : d'ordinaire, je l'associe aux lavages.

---

## V

### A PROPOS DU CENTRE CORTICAL MOTEUR DU LARYNX,

Par MM. **SEMON** et **MORSLEY**.

Ce qui suit est, nous le croyons, un juste résumé de la réponse de MM. Garel et Dor aux objections que nous avons cru devoir soulever à leurs conclusions.

Ces auteurs disent qu'un examen microscopique de la moelle allongée dans les cas qui ont formé le sujet de la discussion n'était, dans leur opinion, « nullement nécessaire ». Nous croyons pouvoir laisser la discussion sur ce point aux lecteurs de la controverse.

En réponse à notre question : comment ils peuvent expliquer la paralysie *totale* de la corde vocale du côté opposé dans leurs cas, celle-ci restant *toujours* « en position cadavérique », et pourquoi elle n'aurait pas été influencée, comme à l'ordinaire, par les centres respiratoires bulbaires, ils répliquent qu'ils n'avaient pas eu la prétention un seul instant de trancher cette question, et qu'ils n'avaient pas soulevé l'hypothèse de centres corticaux bulbaires.

Nous répondrons simplement qu'il est *absolument impossible* de négliger le mécanisme bulbaire, si on veut discuter les rapports du larynx avec le système nerveux central.

En concluant, nous désirons dire que nous n'avons jamais affirmé que les *observations cliniques* de MM. Garel et Dor

sont « fausses », comme disent ces auteurs au commencement de leur réplique. Ce que nous croyons *erroné*, c'est leur *interprétation* des faits cliniques observés par eux, et leur réponse même nous a confirmé dans notre opinion.

---

## VIII

### RHINITES ET SURDITÉS

Par le Dr SÉNAC-LAGRANGE

ancien interne des hôpitaux, vice-président de la Société d'hydrologie,  
médecin aux eaux de Cauterets.

(Suite) (1).

## II

En outre de la solidarité qui unit entre elles les différentes portions de l'oreille, les rapports entre les fosses nasales et celle-ci par l'intermédiaire de la caisse sont tellement étroits que la majeure partie des maladies de l'oreille moyenne dérive par voie de continuité des affections de la muqueuse nasale.

Ce qui nous frappe d'abord dans l'aspect objectif de la muqueuse nasale est sa constitution anatomo-pathologique, qui se présente, comme toute muqueuse, sous deux conditions opposées : mince, rose, vasculaire (érythémateuse), sensible d'une part; ou épaisse, gonflée, plus épaisse sur certaines portions, comme le bord inférieur des cornets, le cornet moyen, de couleur rose pâle et rose violet, d'autre part. Ce gonflement se fait soit aux dépens de l'augmentation de volume de la membrane nasale et des canalicules perforants, continuation directe des vaisseaux lymphatiques qui la traversent (Chatellier), soit aux dépens d'une infiltration lymphoïde discrète. En effet, on y trouve souvent du tissu adénoïde sous forme d'infiltration diffuse ou sous forme de véritables follicules. Ils existent soit

(1) Voir le n° 5 des *Annales*, p. 331.

immédiatement au-dessous de l'épithélium, soit au-dessous du réseau capillaire de la muqueuse. Généralisé ou plus spécialement localisé sur les cornets moyens et inférieurs, ce tissu adénoïde ne doit pas être considéré comme un produit pathologique; c'est une disposition physiologique inconstante chez l'homme (Zuckerkaudl).

Parfois le gonflement est d'une autre nature anatomique : c'est en quelque sorte une infiltration myxomateuse, faite de travées conjonctives (nœuds et corpuscules conjonctifs étoilés), de fibrilles distinctes du tissu conjonctif et d'une abondante production intercellulaire de mucine (rhinosclérome). L'énorme développement de capillaires veineux provenant des lacunes du tissu érectile peut s'y ajouter et légitimer alors le nom de myxangiomes. C'est dire que cette hyperplasie s'accompagne alors de polypes (1), de kystes, d'engorgement vasculaire, parfois de néoplasmes qu'on a vu se transformer en tumeurs malignes.

Il est enfin un gonflement hypertrophique de la muqueuse où domine l'engorgement du tissu érectile (2), c'est-à-dire une dilatation des espaces caverneux avec amas de corpuscules lymphatiques ou dépôts fibrineux, infiltration simple du tissu sous-épithélial, épithélium légèrement épaissi. Cette disposition serait surtout localisée dans la zone sensitive réflexe, c'est-à-dire sur les cornets moyens et inférieurs, dans le tiers postérieur de la cloison.

Ces formes anatomiques, du reste, se tiennent entre elles et peuvent être regardées comme des variétés les unes des autres, qu'elles soient à leur premier stade ou à un stade d'évolution. Substratum anatomique à tous les degrés d'une espèce de catarrhe qu'elles provoquent ou est provoqué par lui, les caractères de celui-ci participant d'une même cause lui sont subordonnés : sécrétion liquide purulente ou muco-purulente et abondance de cette sécrétion, au point de simuler un vrai jetage, sécrétion concrète sous forme de plaques, catarrhe limité aux parties antérieures surtout, s'accompagnant de gonflement érythémateux de la lèvre supérieure, etc.

Si c'est en tant que végétations adénoïdes que la forme anatomique domine, on se rend compte des inconvénients qu'elles

(1) Dans les polypes dominent, comme dans toute la muqueuse du reste, tantôt le tissu à granulation (cellules rondes et fusiformes), tantôt le tissu conjonctif (fibro-myxome), tantôt de nombreux vaisseaux.

(2) Tissu érectile de la muqueuse des cornets et de la cloison, reconnaissable à sa structure (capillaires à endothélium limités par des trabécules et des fibres musculaires minces).

produisent comme masse, tant sur le voile du palais, qu'elles gênent fonctionnellement (1), que sur la trompe, qu'elles obstruent plus ou moins, et la périphérie, dont elles gênent la circulation, et par elle la circulation de l'oreille; et comme les lésions se provoquent entre elles, voilà une hyperémie passive qui se traduit par un tympan rouge, violacé, et une surdité simple améliorée d'abord par le cathétérisme de la caisse et qui aboutit bientôt à l'otite moyenne suppurée et à la surdité plus complète et plus fixe qui en dérive.

Une variété d'hypertrophie de la muqueuse est acquise : elle consiste dans l'infiltration du tissu conjonctif embryonnaire; — cela s'observe particulièrement dans les cas de déviation de la cloison avec compression des cornets. — Cette hypertrophie aboutit bientôt à l'atrophie des vaisseaux, des glandes et de l'épithélium : la forme anatomique de l'ozène est constituée (2). Elle est devenue rhinite atrophique avec dilatation des cornets apparente ou réelle, suite d'arrêt de développement (Zaufal). Cette atrophie osseuse se porte surtout sur les os du nez (3) et donne à celui-ci les caractères typiques qu'on connaît (nez court, étroit, épaté).

Tous ces éléments, hypersécrétion catarrhale humide ou sèche et décomposition possible de ces produits, transformation et atrophie granulo-graisseuse des divers tissus de la muqueuse, présence de micro-organismes et de bacilles communs (sarcines, staphylocoque pyogène et doré, bacille pneumonique de Friedländer), d'un bacille pathogène (diplocoque de Læwenberg), nécrose de l'épithélium (Valentin), tous ces éléments, disons-nous, contribuent à donner à l'affection son caractère principal, qui est son odeur, odeur fétide, *sui generis*, qui n'a de rapport ni avec le coryza produit par les corps étrangers, ni avec l'ostéite syphilitique ou tuberculeuse. Et comme, d'un autre côté, à l'intensité près, l'odeur se retrouve dans le physiologisme de la muqueuse

(1) Le voile du palais peut être tellement comprimé qu'à la suite de l'extirpation de tumeurs adénoïdes Cartaz a observé la paralysie des muscles du voile. Dans des conditions opposées, c'est le spasme qu'on observe. (*Ann. mal. or. lar.*, t. XIII, p. 227.)

(2) Il peut s'y joindre de la carie, de la nécrose (lacunes osseuses pleines de cellules d'ostéoblastes).

(3) Il faut s'entendre sur l'atrophie osseuse !... Le développement osseux peut s'arrêter à des périodes variables de la croissance, et alors deux os asymétriques peuvent présenter un volume inégal, mais l'atrophie ou la résorption des os est un fait qui n'a pas été observé. (Chatellier, *Ann. mal. or. lar.*, t. XIII, p. 376.)

Pour Calmettes, le retour de la fosse nasale à des dimensions normales, après guérison de l'ozène, ne fait aucun doute.

ainsi décrite, Troussseau n'hésite pas à la rattacher à la rhinite constitutionnelle, c'est-à-dire à l'état constitutionnel, à la *strume*.

La carie et la nécrose rentrent dans l'évolution, et par conséquent dans la nature de la rhinite lympho-scrofuleuse; aussi le type ulcéreux lui appartient-il au premier chef. C'est à l'insu du patient, au milieu des phénomènes de catarrhe, que cette ulcération, qu'on n'a pas vu naître et qui ne s'est traduite par aucun phénomène, apparaît large, assez régulière, en plein cartilage de la cloison, établissant communication entre les deux fosses nasales.

Dans de mêmes conditions générales de tempérament, chez les gens surmenés, il est une seconde forme d'ulcération. Sur une muqueuse mince, sèche, comme atrophiée, non pas sur le cartilage, mais à l'endroit de séparation de la sous-cloison et de la cloison cartilagineuse, au point d'adossement des deux muqueuses opposées, une croûte brune, séro-sanguinolente, après sa chute, laisse place à une ulcération plus ou moins ovulaire qui bientôt fait communiquer elle aussi les deux fosses nasales. Cozzolino considère la rhinite desquamative (cholestéatome) comme spéciale aux scrofuleux, en dehors des micro-organismes communs qu'elle renferme.

Opposant des caractères objectifs dissemblables, nous avons avancé que dans certaines conditions la muqueuse nasale se présentait mince, rose, érythémateuse, physiologique ou pathologique, sensible. Dans ces conditions, la muqueuse est le substratum anatomique d'une forme de catarrhe dont l'asthme des foin est le type. On connaît ces crises subites d'éternuements survenant au printemps, en été, sous des influences cosmiques et de végétation, plus particulièrement excitantes de la sensibilité sur une muqueuse rapidement hyperémisée, s'accompagnant d'un catarrhe aqueux, abondant, qui s'arrête aussi instantanément qu'il est venu.

En 1883, Hack, de Fribourg, avait nettement posé la nature naso-réflexe de l'asthme du foin, édifiant celui-ci sur le gonflement érectile de la muqueuse des cornets moyen et inférieur.

Morell-Mackenzie avait observé sur la muqueuse une rougeur simple, érythémateuse, qu'il avait bientôt jugée effet et non pas cause des étternuements.

En 1885, Cartaz, examinant avec grand soin le nez de deux malades atteints depuis des années d'asthme de foin, avait noté chez eux une intégrité absolue de la muqueuse générale et des cornets... Pendant ce temps, on cautérisait sans succès deux malades affectés d'asthme de foin bien caractérisé (Sommer-

brodt), et Luc donnait l'observation d'un malade atteint d'asthme de foin et en plus de polypes du nez. L'extirpation des polypes amena une amélioration momentanée, mais l'année d'après les accidents d'*hay fever* reparaissaient.

Ainsi ont été d'abord définis et les conditions de provocation et les rapports physiologiques de l'asthme du foin; puis ses rapports morbides avec des manifestations du même ordre (bronchite spasmodique, gravelle urique, eczéma, dyspepsie, migraines, etc.) ont été vus; mais ce qui a surtout attiré l'attention dans ces derniers temps, c'est la considération de la muqueuse nasale en tant que point de départ de réflexes simples ou complexes (névralgies du trijumeau, tic convulsif, toux spasmodique, jusqu'à la maladie de Basedow) (1).

S'il est exact de dire que l'asthme du foin ou la rhinite arthritique dans une de ses variétés peut coïncider avec un état physiologique, c'est qu'une même cause générale régit le physiologisme comme l'état morbide. Nombre d'auteurs, n'ayant en vue que la question des réflexes, admettent bien une disposition générale, mais qui ne s'adresse qu'au système nerveux... « Une prédisposition nerveuse, dit Rossbach, est nécessaire pour qu'une affection de la muqueuse nasale mette en jeu les réflexes... » « L'expérience montre, écrit Rossi, qu'il faut une disposition particulière du système nerveux, une impressionnabilité spéciale pour que, d'une part, l'excitation d'un nerf donné produise de l'hypérémie et la tension des cornets, et d'autre part, que se développent les phénomènes réflexes, et cela dans une sphère plutôt que dans une autre. »

Si ces auteurs s'en sont tenus à une disposition nerveuse, c'est qu'ils ont jugé les phénomènes réflexes et leur type, la *fièvre des foins*, en eux-mêmes et non dans leurs rapports morbides. Que l'on considère au contraire ceux-ci, des placards d'eczéma sec par exemple, ou une décharge urique, succédant à la rhinite spasmodique, comment en appeler à une disposition nerveuse! Il faut donc en référer nécessairement à un état constitutionnel, le même en pathologie comme en physiologie, et non réserver la diathèse pour les manifestations pathologiques, laissant l'évolution physiologique sans cause. Mais il est logique d'admettre avec M. Gouguenheim (communication orale), en même temps qu'une cause constitutionnelle, une disposition nerveuse.

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XV, p. 418.



En dehors de la fièvre des foins, et sur un même substratum anatomique avec quelques granulations peut-être en plus, il est une autre forme de catarrhe, dit catarrhe sec, limité surtout aux parties postérieures, remarquable par la rareté, la viscosité des sécrétions, les sensations de gêne, d'embarras, entraînant du hémage, des efforts d'expuition, des raclements naso-pharyngiens allant jusqu'à la nausée... C'est qu'il suffit de quelques rares sécrétions pour exciter la sensibilité et le spasme de parties déjà excitables.

Dans l'ordre arthritique, il en est de la muqueuse nasale ce qu'il en est de la muqueuse pharyngienne. Toutes deux opposent une résistance particulière aux lésions de nature; autrement dit, elles sont sans doute susceptibles d'hyperplasie fibreuse, mais jamais ou presque jamais d'une façon primitive. C'est qu'en outre de la disposition générale il faut encore une cause seconde qui ajoute son action. Au pharynx, c'est l'action de la tuberculose: une ulcération, soit spécifique, soit commune, constituée, est le point de départ de lésions nouvelles: tissu embryonnaire subissant la transformation fibreuse, glandes en grappe hypertrophiées à plusieurs fois leur épaisseur, prolifération dans les cloisons interlobulaires, les parois des acini.

Sur la muqueuse nasale, c'est la syphilis tertiaire qui transforme soit le tissu glandulaire, soit le tissu érectile, en une masse dense de tissu fibreux.

C'est un fait d'observation que les qualités actives des tissus sont en rapport avec leur état anatomique, et que dans l'espèce, sensibilité et érythème physiologique ou pathologique, etc., cadrent ensemble, et que, sur l'aspect objectif d'une muqueuse, on peut deviner la sensibilité réflexe. Mais si les types anatomiques et physiologiques apparaissent dans leur opposition, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue réel ils se mêlent souvent, accusant une hybridité morbide qui se retrouve dans la cause.

La sensibilité réflexe de la muqueuse est certainement d'accord avec une constitution anatomique plus spécialement arthritique, ce qui n'empêche pas que même avec un état anatomique opposé cette même sensibilité soit conservée. « En dehors des gonflements variqueux des cornets, écrit Lublinski (1), on voit aussi l'asthme du nez apparaître consécutivement à la tuméfaction molle de la muqueuse de la cloison. »

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XII, p. 313. Chez les enfants à tempérament lymphatique, spontanément, ou à la suite d'une chute, il se forme des épaississements du cartilage de la cloison. (Miot, Verneuil.)

... Les polypes, l'hypertrophie partielle et diffuse de la muqueuse, des follicules isolés, l'hypertrophie des amygdales, etc., peuvent aussi engendrer l'asthme (*loc. cit.*, p. 310, 312), la toux réflexe (1).

Nous connaissons l'infiltration de la muqueuse avec dégénérescence granulo-graisseuse dans l'ozène. Mais dans les parties affectées depuis plus longtemps il se produit quelques cellules fusiformes, une ébauche de sclérose, qui, pour quelques auteurs (Chatellier), ont fait rentrer l'ozène dans le rang des rhinites scléreuses. N'est-ce pas aller contre la nature des choses, en accordant à des lésions minimales et interstitielles ce qu'il faut accorder à des lésions dominantes !

Il y a plus encore ! entre follicules isolés et follicules agglomérés (amygdales), il y a, on le sait, identité de structure. Dans l'amygdale, on peut considérer l'hypertrophie simple ou l'hypertrophie avec hyperplasie, l'inflammation plus ou moins scléreuse, en un mot. Or, même faits s'observe pour les follicules isolés, et Gouguenheim (communication orale inédite) a souvent rencontré des tumeurs adénoïdes dures, résistantes. L'hybridité morbide se rencontre donc dans les lésions. N'est-elle pas en effet la règle au point de vue de la cause constitutionnelle, et le lympho-arthritisme héréditaire n'est-il pas mille fois plus commun que le lymphisme ou l'arthritisme isolés. Que si on veut avoir une idée de l'opposition qui peut exister entre les lésions anatomiques et fonctionnelles, on interrogera la statistique de Roë, de New-York (2), qui, sur 41 cas de fièvre du foin, note 23 cas d'hypertrophie du cornet moyen et 19 cas de déviation de la cloison. Sur les 45 malades, 32 étaient asthmatiques.

Rarement la muqueuse des deux cavités nasales se trouve au même point physiologique ou pathologique ; ce sont tout au moins des nuances qui les différencient : la muqueuse sera rose rouge, tomenteuse à gauche, qui sera, à droite, mince, rose pâle, etc. Ces différences s'accroissent surtout entre la muqueuse des cornets et de la cloison.

(1) TERRILLON, Rapport des polypes muqueux avec l'asthme. Leçon. (*Progrès médical*, 1885.)

(2) *Rev. sc. méd.*, t. XXXII, p. 276.

## BIBLIOGRAPHIE

**De l'asthme considéré spécialement dans ses relations avec les maladies du nez.** par E. SCHMIEGELOW (de Copenhague) (Lewis, éditeur, Londres 1890.)

Ce petit traité (édition anglaise de l'édition danoise) est un exposé très complet de l'état actuel de la science en ce qui concerne les affections nasales comme production de l'asthme. Il est écrit dans un style très clair et dénote de la part de l'auteur une étude très sérieuse non seulement en ce qui regarde l'histoire et la bibliographie, mais aussi l'appréciation des diverses théories jusqu'ici émises à ce sujet.

L'ouvrage se divise en cinq parties.

La première comprend une revue historique des diverses théories de l'asthme depuis Hippocrate jusqu'à nos jours et une étude historique sur les réflexes nerveux du nez. Cette partie est très complète et renseignera le lecteur sur tout ce qui a été écrit à ce sujet.

Le second chapitre s'occupe des réflexes de la membrane muqueuse du nez.

En quelques pages l'auteur examine s'il est possible de créer une attaque d'asthme expérimentalement en irritant une membrane normale. Il résulte d'expériences faites par différents physiologistes sur les chats, les lapins, etc., que différents réflexes peuvent être produits par l'irritation de la membrane normale, mais que les irritants électriques, mécaniques, thermiques ou chimiques n'ont pas été capables de produire une attaque artificielle d'asthme, mais seulement donnent lieu à des contractions toniques ou cloniques des muscles respiratoires.

Est-ce un manque de prédisposition ou bien l'irritation n'a-t-elle pas été suffisante ?

L'auteur, sans se prononcer catégoriquement penche cependant vers la première supposition.

Dans le troisième chapitre il expose le résultat de ses observations cliniques. Il définit d'abord ce qu'il entend par asthme et en décrit les symptômes ; pour lui l'asthme est une névrose

bulbaire. Il résume ses observations dans un tableau qui se lit très facilement. Le chiffre des observations est de 71.

Les affections du nez qui produisent l'asthme sont la rhinite chronique et les polypes muqueux.

Il a observé dans sa pratique 514 cas de rhinite chronique et dans 40 cas il y a eu des attaques d'asthme, ce qui donne environ 80/0.

Il a également observé 139 cas de polypes dont 31 ont présenté des attaques d'asthme, soit 22 0/0 environ.

Sur les 71 cas d'asthme, 60 ont présenté des attaques types, tandis que 11 cas n'ont eu que des atteintes légères. Les hommes ont été plus fréquemment atteints que les femmes.

Le quatrième chapitre a trait aux symptômes qui impliquent une connexion entre les attaques d'asthme et les maladies du nez.

Se reportant à ses observations, l'auteur examine les différents cas qui se sont présentés.

1° Dans 23 cas l'asthme est revenu quand l'affection du nez empirait et il disparaissait par le traitement;

2° 7 fois le traitement local a produit une aggravation;

3° 5 fois l'odeur de certaines substances a été la cause de l'asthme. A ce sujet devons signaler que l'auteur ne croit pas à l'asthme des foin qui, d'après lui, n'a dans beaucoup de cas aucune connexion avec l'époque de la floraison mais peut se manifester à toute époque de l'année et par n'importe quel irritant de telle sorte que le nom de «Hayasthma» ou de «Hay Fever» devrait être rayé.

Nous devons avouer que nous ne nous attendions pas à une opinion aussi radicale. Il est facile de dire qu'une entité morbide n'existe pas; mais encore faudrait-il apporter des preuves convaincantes à l'appui. L'auteur nous paraît avoir commis l'erreur de beaucoup d'autres. Il renouvelle les assertions de Straus en 1872, et de Decaisne en 1873.

Aujourd'hui cependant de bonnes descriptions bien complètes ont été données de l'asthme des foin qui ne doit pas être considéré au point de vue de symptômes d'asthme proprement dit, mais doit surtout être envisagé au point de vue de son retour périodique alors que le nez, avant comme après, est absolument sain.

Des cinq observations relatées par Schmiegelow, une seule nous paraît se rattacher à l'asthme des foin. et encore est-elle bien incomplète. Il est regrettable que nous trouvions ici confon-

des l'asthme périodique sans lésions et l'asthme réflexe dû à des affections nasales bien caractérisées et se produisant en tout temps. Cette erreur est d'autant plus surprenante que dans la préface, Schmiegelow déclare que la théorie de Hack est exagérée et doit être considérablement modifiée. Or, en supprimant l'asthme des foin comme entité morbide, il le fait rentrer dans la classe des asthmes réflexes avec lésions nasales, à la manière des plus fanatiques partisans de Hack et dépasse ainsi les conceptions mêmes du médecin de Fribourg. Nous tenions à relever ici cette contradiction ;

4° Dans 5 cas l'application de cocaïne ou de menthol a arrêté l'accès ;

5° Dans 4 cas un traitement local a donné un soulagement instantané ;

6° Enfin dans 22 cas les attaques commençaient par du catarrhe et souvent de l'obstruction du nez.

Le traitement doit être général et local.

En résumé, pour l'auteur, l'asthme est une névrose bulbaire, qui peut naître sous l'influence d'irritations de la muqueuse du nez et que l'on peut guérir par un traitement local aidé du traitement général tonique. Mais il faut savoir aussi que des affections nasales peuvent coexister avec l'asthme sans avoir de rapport avec lui.

Telle est en substance la conception de Schmiegelow sur l'asthme et ses relations avec les affections nasales.

HAMON DU FOUGERAY.

---

## SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE BELGE

---

PREMIÈRE RÉUNION DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES BELGES.

*Séance du 25 mai 1890.*

Présidence de M. le Dr DELSTANCHE.

*Sont présents :* MM. Andries, de Malines, Bayer, Capart, Delstanche, Hennebert, Hieguet et Laroche, de Bruxelles; Bo-

land, de Verviers; Béco et Schiffers, de Liège; Dandois, de Louvain; Dekeghel, Eeman et Géevaert, de Gand; Lecocq, de Wasmes; Rutten, de Namur, et Laurent, de Hal, secrétaire. La réunion se tient chez M. Delstanche.

**M. DELSTANCHE.** *Perforation traumatique de la fenêtre ovale.*

Une jeune fille de 18 ans, se blesse en décembre 1888, en se grattant le conduit auditif avec une aiguille à tricoter, et subitement se développent tous les signes d'une lésion du labyrinthe; elle tombe comme une masse et elle devient instantanément sourde. En même temps, elle souffre de bourdonnements ainsi que de vertiges qui l'empêchent dès lors de vaquer à ses occupations et la forcent même à garder le lit pendant des jours entiers. En l'examinant, il y a 8 mois, M. Delstanche constate que le tympan est normal, à part une petite cicatrice sombre en correspondance avec l'extrémité de la longue branche de l'encume. La rarefaction fait constater au niveau de la tache une adhérence semblant correspondre avec la tête de l'étrier, mais son application provoque un bien-être considérable et une diminution des vertiges; la continuation du traitement fait disparaître progressivement les bourdonnements et les vertiges. La malade est présentée: elle n'accuse plus aucun de ces troubles, mais elle reste naturellement sourde. M. Delstanche croit donc à une perforation de la fenêtre ovale et à une lésion du labyrinthe; il n'est pas déterminé s'il s'est écoulé du liquide de celui-ci.

**M. GORIS.** *Un cas d'épilepsie guéri pendant cinq mois par la rarefaction.*

Une jeune fille qui n'avait jamais présenté d'antécédents héréditaires, fut atteinte, il y a 6 ans, à la suite d'un bain de mer, d'une otite purulente perforée, mais avec conservation de l'ouïe, le marteau était immobile, ankylosé et la trompe enflammée. Au bout d'un certain temps, elle fut en proie à de véritables accès d'épilepsie, dont l'aura était constitué par des bourdonnements d'oreilles intenses. Comme il existait de la rétraction du tympan, M. Goris fit des rarefactions exagérées (2 fois par semaine en temps ordinaire et 3 fois par semaine pendant l'époque menstruelle) et obtint rapidement la guérison du mal. Malheureusement les accès reparurent le cinquième mois.

**M. DELSTANCHE.** M. Noquet, de Lille, a relaté que des cas

d'épilepsie dont les accès débutaient par des symptômes auriculaires pouvaient disparaître sous l'influence de la douche d'air.

M. LECOCQ. Un homme de 30 ans était atteint de surdité cérumineuse d'un côté et souffrait de l'autre d'un catarrhe chronique depuis 7 ans. Il présentait, en outre, 2 fois par jour des accès d'épilepsie avec aura sous forme de bourdonnements, aura qu'il fut impossible de rapporter à l'une plutôt qu'à l'autre oreille. L'enlèvement des bouchons des deux côtés le débarrassa de son mal.

M. DELSTANCHE. On a signalé l'épilepsie dans les cas de corps étrangers de l'oreille.

M. LAROCHE. L'influence favorable de la raréfaction s'est nettement manifestée dans un cas : il existait des bourdonnements et de la surdité depuis quelques jours ; en même temps, le malade était pris de vertiges et tombait ; la membrane du tympan, qui était rétractée, pouvait être refoulée en dehors par le cathétérisme, mais ce n'était que pour quelques instants seulement. M. Laroche recourut alors à la raréfaction qui améliora l'ouïe dès la première séance.

M. BAYER. Dans un cas ancien, la raréfaction provoqua une double rupture tympanique et de l'otite purulente ; l'audition s'en trouva néanmoins améliorée.

M. LECOCQ. Une perforation se produit sous l'action d'une raréfaction légère et l'audition est rendue meilleure qu'antérieurement au moyen du tympan artificiel.

M. CAPART. Il serait intéressant de savoir si on a déjà observé des cas analogues à celui-ci : un homme, non tuberculeux, était soigné pour un catarrhe rétro-nasal ; un matin, en se mouchant, il entend un bruit, mais ne perçoit pas de douleurs : sur le tympan, sain du reste, on trouve une petite perforation et il s'en écoule du pus.

M. DELSTANCHE. Chez les tuberculeux, la perforation d'une otite purulente peut fort bien s'effectuer sans douleur aucune. Pour ce qui est de l'état du tympan, il arrive souvent que l'on se trompe dans ses appréciations à ce sujet, surtout lorsqu'il existe des bouchons cérumineux.

M. HIGUET. Un homme à audition normale devient sourd

pendant la nuit alors qu'il n'avait jamais présenté le moindre symptôme morbide. L'affection avait évidemment une origine centrale.

M. LAURENT. De même qu'il n'existe qu'un centre pour le langage, il se peut fort bien aussi qu'il n'existe qu'un centre de l'audition, localisé à l'un des hémisphères et que dans le cas cité par M. Hicguet, il se soit produit une apoplexie de ce centre..

M. EEMAN. Il n'est pas invraisemblable que le malade n'ait perdu antérieurement et sans l'avoir remarqué, l'audition d'un côté.

M. HICGUET. La surdité était complète des deux côtés et il serait exceptionnel qu'il y ait eu précédemment une surdité unilatérale sans traces de lésions de l'oreille moyenne et avec abolition complète des fonctions du nerf auditif de ce côté.

MM. LECOCQ ET BOLAND. Ce cas a de l'analogie avec ceux de cécité à production brusque.

M. HICGUET. *Action des cautérisations de l'apophyse mastoïde.*

Il veut bien donner, à la demande de M. le Dr Capart, quelques renseignements sur le traitement des catarrhes chroniques de la caisse par les applications de pointes de feu sur l'apophyse mastoïde. Il se réserve de traiter plus tard ce sujet en détail, car aujourd'hui il ne peut donner encore des règles absolument fixes pour l'application de la méthode en question.

La raréfaction, à son avis, n'agit que comme une ventouse qui serait appliquée sur le tympan et les résultats qu'elle donne ne sont guère que passagers. En cas d'insuccès, il a souvent dû la remplacer par les cautérisations de l'apophyse mastoïde. Les observations très nombreuses, très complètes et très consciencieuses qu'il a rassemblées à ce sujet, et qu'il publiera, lui démontrent que les vertiges accompagnés de bourdonnements éprouvent de sérieux bénéfices de la méthode et qu'ils ont fréquemment disparu. Il emploie les pointes de feu, le galvanocautère ou le thermocautère, après une pulvérisation au bichlorure de méthyle; les pointes sont enfoncées profondément jusqu'au périoste et cela sur toute l'étendue de l'apophyse mastoïde; on renouvelle la manœuvre après la guérison des brûlures.



M. GORIS. Un cas de maladie de Menière a bénéficié des pointes de feu ; deux autres cas du même genre résistèrent à leur action, mais s'améliorèrent par le renversement des courants, par le courant descendant, appliqué une trentaine de fois. Une particularité de l'un d'eux, c'est que les oreilles étaient accordées différemment.

M. EEMAN. Dans un cas où les oreilles étaient également accordées différemment ( $1/8$  ton), il s'agissait d'un simple réflexe : l'évacuation d'un ténia rendit l'audition normale.

M. CAPART. La méthode préconisée par M. Hicguet peut donner de bons résultats, mais il ne faut pas perdre de vue que les malades qui étaient sourds au moment de l'intervention, croient parfois qu'ils ont recouvré une acuité auditive supérieure à celle qui existe en réalité.

M. DELSTANCHE. Il est évident que la raréfaction produit quelquefois des effets qui ne sont que momentanément avantageux ; mais elle s'est montrée efficace dans des cas où la cautérisation mastoïdienne avait échoué et elle ne doit aucunement baisser pavillon devant celle-ci ; en outre, le traitement ne doit pas être guidé par un seul symptôme.

M. CAPART. *Un cas de polype naso-pharyngien traité par l'électrolyse. Présentation du malade.*

Un jeune homme est atteint d'un polype fibreux dont la nature a été déterminée au microscope, qui siège en arrière de la fosse nasale droite et adhère à la base du crâne. L'extraction en un temps avait été essayée un jour, mais l'hémorrhagie considérable qu'on constate généralement dans les cas de ces productions, ne permit pas la continuation des manœuvres. La préférence est dès lors donnée à l'électrolyse qui a été employée huit fois jusqu'aujourd'hui ; une narine est désobstruée et l'on peut apercevoir la trompe de ce côté. Les séances durent environ vingt minutes et l'on emploie 15 à 20 milliampères. Au début, les deux aiguilles étaient enfoncées dans la tumeur, tandis qu'aujourd'hui une seule y est appliquée. L'amélioration est considérable.

M. BÉCO. Le poids d'un sarcome qu'il a extirpé des fosses nasales s'élevait à 120 grammes.

M. CAPART. L'opération de l'ablation des tumeurs du nez

donne des résultats esthétiques précieux lorsqu'on commence par une incision verticale sur la ligne médiane du dos du nez.

M. HICQUET. Un cas assez curieux s'est présenté chez un de ses malades qui a craché un polype naso-pharyngien détaché spontanément. Il s'agissait d'un enfant de 14 ans, atteint d'obstruction nasale, chez lequel la rhinoscopie postérieure faisait découvrir une tumeur faisant saillie dans le naso-pharynx. Elle avait le volume d'une grosse noisette et présentait au toucher une consistance dure. La rhinoscopie antérieure fit voir un polype muqueux qui fut enlevé à l'anse froide; celle-ci avait un pédicule qui montrait le même point d'implantation que le polype muqueux; l'examen microscopique démontra qu'elle constituait un fibro-myxome.

M. HICQUET. *Tumeurs nasales tuberculeuses.*

1° Une femme portait une tumeur de la cloison qui avait été prise pour un abcès et qui avait déterminé de l'obstruction nasale; de chaque côté de la cloison, on remarquait une tuméfaction rénitente et non ulcérée; la curette introduite par une plaie d'incision, y enleva des masses molles ressemblant à de fausses granulations;

2° Une autre femme souffrait d'obstruction du nez; de chaque côté de la cloison, la muqueuse recouvrait une tuméfaction, mais était saine; à l'extérieur, sur le dos du nez, il existait une saillie donnant la sensation du ganglion ramolli; l'emploi de la curette permit d'extraire tous les tissus morbides, tuberculeux et d'obtenir la guérison. Comme preuve de l'exactitude du diagnostic, M. Hicquet avance qu'il avait remarqué à la face des plaques loupesuses. Ceci vient à l'encontre des observations de Hébra et d'autres, d'après lesquelles ces lésions n'apparaissent pas après 35 ou 45 ans.

M. CAPART. Les tumeurs tuberculeuses sont communes; huit ont été opérées par lui. C'est Schæffer qui a été le premier à les signaler. Il est facile de les confondre avec les sarcomes, si l'on ne fait pas intervenir l'examen microscopique.

M. EEMAN. L'acide lactique donne des résultats excellents dans les affections tuberculeuses suppurées du nez.

M. LECOCQ. La fixation des bacilles dans les liquides purulents, dans ceux du nez par exemple, est souvent impossible à réaliser. M. Lecocq y parvient aujourd'hui par le procédé sui-

vant : il sèche la préparation et il la lave à l'éther qui enlève les matières grasses, puis il fixe les bacilles par la méthode ordinaire.

M. SCHIFFERS. *Présentation d'une rhinolithé.*

La pièce dont il s'agit est un exemple très rare de rhinolithé ; elle est rugueuse, de coloration brunâtre et mesure environ 4 centimètres ; elle était probablement placée dans le méat inférieur dont elle a la forme. L'examen microscopique n'en a pas été fait et le confrère qui l'a extraite n'a pas donné de renseignements cliniques.

M. HICQUET. Il a observé à différentes reprises des rhinolithes qui avaient presque toujours pour point de départ un noyau de fruit. C'est ainsi qu'une femme de 30 ans était atteinte d'ozène et d'otorrhée depuis son enfance ; des polypes furent enlevés dans le conduit auditif externe. Après le lavage du nez, M. Hicquet put découvrir une rhinolithé volumineuse, incrustée de matières calcaires, qui avait pour point de départ un noyau de pêche et existait depuis de nombreuses années : il ne fut pas possible de déterminer l'époque à laquelle remontait l'accident primitif. Un deuxième cas est celui d'un tuberculeux qui souffrait violemment d'un ozène ; une sonde ayant été introduite dans le cornet moyen en fit tomber une masse, une rhinolithé dont la surface était rugueuse et à la face interne de laquelle on constatait une excavation qui avait dû embrasser l'extrémité postérieure du cornet. Il est probable que l'origine de ce corps étranger était un amas de mucosités desséchées. (Explication de Zuckerkandl.)

M. BOLAND. Les rhinolithes seraient assez fréquentes à en juger par les trois cas qu'il a rencontrés dans sa pratique : 1° Une jeune fille de 5 ans avait un écoulement purulent du nez ; l'introduction d'un stylet y fit découvrir un corps dur et pierreux ; mais qui resta en place. Quatre ans plus tard, M. Boland enlève une rhinolithé du volume d'une amande, dont le centre était un petit pois ; 2° une autre fois, le corps étranger provenait d'un morceau de cuir de 3 millimètres ; 3° la troisième fois, il rencontra une feuille enroulée au niveau du méat inférieur. L'instrument dont il s'est servi pour l'extraction est un crochet à strabisme.

M. HICQUET. L'instrument le plus favorable est un rétracteur

qui s'introduit redressé et qu'on recourbe à son extrémité lorsqu'il est en place (curette de Quire).

M. DELSTANCHE. L'extracteur des corps étrangers du conduit auditif externe, imaginé par Morel, peut recevoir certaines applications dans l'espèce.

M. LAURENT. *Du développement et de l'exagération des névroses réflexes par le traitement intra-nasal (sera publié).*

M. RUTTEN. *Observation d'un cas de polype muqueux de l'autre d'Highmore.*

Un homme de 54 ans souffrait de troubles d'un côté d'une narine résultant d'un empyème de l'autre. Il y a un mois, la suppuration nasale augmenta à la suite de l'extraction d'une dent, de la deuxième molaire. Bientôt un polype fut aperçu descendant à plusieurs millimètres de l'alvéole intéressée; il était pourvu d'un long pédicule qui prenait insertion sur le plancher de l'autre, vers sa partie postérieure et il avait un aspect transparent. Quoique l'examen microscopique n'en eût pas été fait, il était facilement reconnaissable pour être un polype muqueux. L'enlèvement se fit à froid et fut complété par les cautérisations à l'acide chromique. L'alvéole se cicatrisa complètement et la guérison fut complète.

M. BAYER. Il se peut que le néoplasme n'était qu'un kyste, celui-ci se développant fréquemment à la racine des dents et donnant facilement lieu à de fausses interprétations au point de vue de sa nature.

M. EEMAN. Dans bien des cas, l'examen microscopique seul est à même de trancher la question.

M. BAYER. *Relations des affections laryngées avec la menstruation.*

Il a déjà traité cette question au congrès de Londres. L'observation suivante est une nouvelle et importante contribution à l'étude des rapports qui existent entre les affections laryngées et la menstruation.

Une jeune fille de 23 ans était tuberculeuse du poumon droit; les cordes vocales présentaient des végétations papillaires considérables, tandis que les cartilages aryténoïdes étaient œdématisés et tuméfiés. Plusieurs fois déjà il en avait extrait des fragments considérables, mais la reproduction était constante et

elle s'accompagnait, à de certaines époques, de tuméfaction de la région et de sténose glottique, phénomènes qui lui firent, à diverses reprises, préconiser la trachéotomie à la malade. MM. les docteurs Hieguet et Goris ont eu même un jour à s'occuper du cas avec M. le docteur Bayer; la glace produisait dans ces conditions de bons effets. En tout cas, l'affection a présenté une interruption qui dura deux ans et pendant laquelle le larynx resta libre. Mais les hémorrhagies reprirent bientôt et l'anémie se développait avec plus de gravité, tandis que les opérations devaient toujours être répétées de temps en temps. Cependant une singulière coïncidence venait frapper M. Bayer : chaque fois, l'aggravation, qui se manifestait par de l'oppression, des étouffements et de la difficulté de la déglutition, se reproduisait régulièrement au moment de l'époque menstruelle. Entre temps, l'affaiblissement se prononçait et l'alimentation ne devenait possible qu'au moyen de la sonde œsophagienne; de nouveaux fragments furent encore enlevés qui provoquèrent des hémorrhagies et une fois un écoulement de sang dans la trachée. Aussi la trachéotomie dut-elle être faite d'urgence en novembre dernier; l'œdème ne tarda pas à disparaître. Mais un mois après, à l'époque des règles, le larynx se tuméfia à nouveau et une bronchite survint qui entraîna la mort.

M. GORIS. *Extraction d'une chéloïde trachéale.*

Un enfant de 6 ans avait été, pour une diphthérie, opéré de la trachéotomie, qui avait donné lieu à une hémorrhagie assez abondante; jusqu'à la troisième semaine, tout se passa fort bien et la respiration restait libre. Il se produisit alors un bruit de tirage très accentué avec accès de suffocation nocturnes. A l'examen, M. Goris découvrit une végétation qui était insérée sur la partie antérieure du cartilage cricoïde, vers la cicatrice; son ablation fut effectuée au moyen des pinces de Fauvel introduites et ouvertes dans la trachée. Aujourd'hui la guérison est complète.

M. CAPART. L'instrument de Schrötter était peut-être mieux indiqué dans l'espèce.

M. RUTTEN. *Un cas de blessure du nerf récurrent.*

La relation suivante présente des particularités intéressantes. Elle se rapporte à un homme qui reçoit un coup de tranchet à la région cervicale; des bulbes d'air s'échappent par la plaie, la voix affecte un timbre spécial, la déglutition est défectueuse et

la corde vocale droite se met dans la position cadavérique; la sensibilité est conservée et l'épiglotte est abaissée. Tous ces symptômes ont éclaté aussitôt après l'accident. Des hémorrhagies se sont produites pendant le premier mois, pour cesser pendant les deux mois suivants et reparaitre de nouveau actuellement. En présence de troubles constatés du côté de la voix et de la corde, il y a lieu d'admettre que le nerf récurrent a été atteint par l'instrument; la sortie de bulles d'air ne peut mettre en doute que le larynx n'ait été ouvert. L'origine des pertes de sang est plus difficile à expliquer.

Après la séance, les membres se sont réunis autour de la table de M. le docteur Delstanche, qui leur a fait une splendide et cordiale réception.

La prochaine réunion aura lieu en 1891, le jour de la Pentecôte, à une heure, chez M. le docteur Capart. O. LAURENT.

---

#### PRESSE ÉTRANGÈRE

---

**Les affections de l'oreille dans la dernière épidémie d'influenza à Vienne**, par le professeur ADAM POLITZER. (*Wiener Med. Blätter*, nos 9 et 10; 1890.)

Le nombre des cas observés est de 134, et ce chiffre ne comprend pas les otites très nombreuses que l'on vit survenir pendant l'épidémie chez des personnes épargnées par l'influenza; elles ressemblaient cependant en tout à l'otite épidémique; il ne comprend pas non plus les otites aiguës antées sur les affections chroniques de l'oreille.

Le trait saillant de l'otite épidémique est une miringite bulleuse hémorrhagique qui existe dès le début dans un grand nombre de cas: des vésicules noires ou bleuâtres plus ou moins étendues couvrent une partie du tympan et peuvent s'étendre sur la paroi adjacente du conduit auditif externe. Dans deux cas il y avait des vésicules isolées dans la portion cartilagineuse. L'otite externe n'est d'ailleurs pas rare; il y a de la rougeur diffuse, une tuméfaction douloureuse du conduit auditif externe. Quelques jours

après le début on ne voit plus de vésicules, elles se sont crevées en donnant lieu à un écoulement sanguinolent, mais il persiste pendant longtemps des taches brunes ecchymotiques. La perforation du tympan est inconstante, précoce quand elle a lieu, et suivie d'un écoulement purulent abondant et prolongé. La suppuration des cellules mastoïdiennes a été une complication fréquente de l'otite épidémique ; il est remarquable qu'il n'existait presque jamais de communication entre l'abcès et l'antre mastoïdien (la caisse par conséquent), que les produits inflammatoires séparaient des cellules.

M. W.

**De l'emploi de quelques nouveaux remèdes dans les maladies d'oreille**, par le Dr F. KRETSCHMANN, privat docent à Halle-s.-S. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVIII, 1<sup>re</sup> et II<sup>e</sup> liv.)

Le Dr F. Kretschmann a cherché le moyen de produire l'anesthésie dans les opérations douloureuses, mais de courte durée, à pratiquer sur l'oreille, par un procédé plus simple et plus court que l'emploi du chloroforme. Il a eu recours pour cela au brométhyle et en a obtenu de bons résultats. Nous renvoyons au texte pour les détails de l'application.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

- 1<sup>o</sup> Le sommeil narcotique est obtenu rapidement ;
- 2<sup>o</sup> Le brométhyle est moins désagréable aux malades que le chloroforme ;
- 3<sup>o</sup> Il n'exige pas un appareil aussi compliqué que le chloroforme et peut être employé sans avoir recours à l'aide d'assistants expérimentés.

Parmi les nouveaux antiseptiques recommandés de divers côtés, la créoline a été également l'objet d'une étude spéciale de l'auteur. D'après lui, c'est un remède qui a, il est vrai, des propriétés désagréables : sa mauvaise odeur, l'opacité de ses mélanges aqueux, la sensation de brûlure produite au moment de l'application ; mais, d'autre part, il ne serait pas sans action dans certaines formes de suppuration et mérite d'être essayé. Il serait à recommander, en particulier, quand les irrigations doivent être faites par le patient, à cause du peu de danger relatif de son emploi.

Les maladies du nez et du pharynx jouent, comme on sait, un grand rôle dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies d'oreille. En particulier, les inflammations catarrhales des muqueuses des organes de la respiration et de la déglutition pro-

voquent fréquemment des catarrhes consécutifs de la trompe et de la caisse du tympan. Or, les malades atteints de ces affections se plaignent souvent d'avoir les pieds froids, et l'auteur a été conduit à penser qu'il pouvait y avoir une connection entre les pieds froids et les affections en question. De là l'essai de bains de pieds irritants, qui pourtant ne donnèrent pas de résultats appréciables.

C'est alors que l'auteur eut connaissance d'un travail de Brandau (*Deutschen Medicinalzeitung*, nos 68 et 69; 1886), dans lequel la tendance à avoir les pieds froids est attribuée à un *hyperhidrosis pedum*, et contre lequel Brandau recommande un remède qu'il appelle *liquor antihidorrhoeicus*. C'est un corps appartenant au groupe des éthers chlorés et qui a la propriété de pénétrer la peau. Cette hyperhidrose coïnciderait fréquemment avec les catarrhes du nez et du pharynx.

Depuis, l'auteur a toujours questionné les malades atteints de catarrhe du nez ou du pharynx au sujet de la froideur ou de la transpiration des pieds. Sans exception, les réponses ont été affirmatives, et l'auteur a fait des essais avec la liqueur de Brandau. (Suivent des détails sur le mode d'emploi et les précautions à prendre.) Dès la première application, les pieds deviennent secs et la sensation de froid a disparu.

Depuis dix-huit mois, l'auteur a employé dans de nombreux cas la *liquor antihidorrhoeicus*, et il a constaté une action favorable exercée sur les catarrhes du nez et du pharynx; en particulier, des formes hypertrophiques de rhinite et de pharyngite ont été guéries, sans traitement local, au bout de quelques semaines ou mois. Les symptômes du côté de l'oreille, en tant qu'ils dépendaient de ces affections et étaient susceptibles de régression, ont disparu également. Quelquefois, des bourdonnements, de date récente, ont disparu par ce traitement et ne se sont plus montrés depuis. Cette liqueur exerce aussi une bonne influence dans le traitement des laryngites.

L'auteur conseille donc d'essayer la liqueur de Brandau dans les cas de maladies d'oreille accompagnés d'*hyperhidrosis pedum*. Dans aucun cas son emploi n'a donné lieu à des inconvénients.

Pour ceux qui connaissent l'influence de la froideur des pieds sur les catarrhes du nez et du pharynx, et les fâcheuses conséquences de ceux-ci au point de vue de l'oreille, le remède indiqué par le Dr Kretschmann sera précieux, s'il produit les effets relatés. En tout cas, on peut essayer, et il est à souhaiter que les résultats confirment ceux de l'auteur. A. JOLY.



**Des maladies d'oreille chez les diabétiques**, par le professeur  
Dr KUHN, de Strasbourg. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, 1<sup>re</sup> et  
II<sup>e</sup> liv.)

Parmi les nombreuses études sur le diabète publiées dans les vingt dernières années, on n'en rencontre qu'un très petit nombre émanant des otologistes, ce qui a fait dire à Senator que la surdité devait être rare dans le diabète.

Cependant tous les traités des maladies de l'oreille comptent le diabète parmi les facteurs étiologiques de la furonculose du conduit auditif, des otites moyennes aiguës et des affections du nerf acoustique. Oscar Wolf note une otite moyenne nécrotique ou diabétique débutant sous la forme d'une otite moyenne aiguë purulente et conduisant à la nécrose de parties osseuses plus ou moins considérables. Dans l'ouvrage de Frerichs sur le diabète se trouve un cas d'otite interne avec carie de l'apophyse mastoïde et thrombose du sinus transverse; il y avait en outre épaissement et adhérence de la dure-mère et de la pie-mère.

Toynbee décrit une otite moyenne purulente aiguë chez un diabétique de 29 ans. A l'autopsie, il trouva une perforation de la membrane du tympan, une destruction considérable de l'apophyse mastoïde par la carie avec éruption vers le sinus latéral.

Raynaud (*Annales des maladies de l'oreille*, mai 1881) a publié un cas d'otite diabétique chez un homme de 47 ans. La maladie avait commencé par des douleurs intenses et une forte hémorrhagie de l'oreille, suivie d'un écoulement séreux. A l'autopsie, on trouva une grande perforation de la membrane du tympan, et des masses abondantes de pus sanguinolent à l'intérieur de l'apophyse mastoïde atteinte de carie.

Kirchner, Schwabach et Moos ont publié des observations analogues.

Dans tous ces cas, la marche de la maladie présentait une série de symptômes que l'on ne rencontre pas avec la même régularité dans les autres formes d'otite moyenne aiguë : marche violente dès le début, suppuration très abondante, fortes hémorrhagies et surtout participation rapide de l'apophyse mastoïde.

Les résultats de l'autopsie montrent qu'après une courte durée de la maladie il existe des destructions excessivement considérables des parties osseuses de l'oreille moyenne, indiquant une véritable ostéite du rocher.

Chez les diabétiques, les inflammations osseuses ne sont pas

rare, et l'auteur est porté à considérer cette otite diabétique comme une forme d'inflammation de l'oreille moyenne qui ne peut se produire que lorsque, sous l'influence du diabète, les humeurs et les vaisseaux sanguins de l'oreille sont altérés de telle sorte que les tissus ne sont plus en état d'opposer qu'une résistance insignifiante ou nulle à l'extension de l'agent nocif. Il y aurait donc incontestablement une relation étiologique entre les deux maladies, et non une rencontre accidentelle.

Cependant, malgré les travaux considérables publiés dans ces dernières années sur le diabète, il existe encore beaucoup d'obscurité en ce qui concerne les rapports étiologiques entre le diabète et ses nombreuses localisations.

La question de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques demande aussi à être élucidée par de nouvelles observations. L'auteur lui-même, après s'être prononcé contre les opérations graves chez les diabétiques, à la suite d'un cas suivi de mort, est revenu sur cette opinion. Les succès récents de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques, bien que rares encore, lui ont fait considérer comme plus humain de tenter l'opération offrant une possibilité de guérison, quand une issue fatale est certaine avec l'abstention.

L'auteur donne deux observations d'otite diabétique très intéressantes, très caractéristiques, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire. Nous renvoyons au texte allemand ceux que le sujet intéresse.

Sur le rocher du premier malade, qui a succombé, les destructions osseuses sont si considérables que c'est à peine si l'on en observe de telles dans les formes les plus graves d'otite moyenne même diphthéritique; elles sont d'autant plus frappantes qu'elles se sont produites en un temps relativement court (3 semaines). La seule explication est que les tissus altérés par le diabète n'offraient aucune résistance aux microcoques du pus.

Les micro-organismes observés dans le deuxième cas (ici une double opération a parfaitement réussi, sans que le diabète ait été guéri) ne se distinguent en rien des staphylococcus et streptococcus qui se rencontrent dans les autres suppurations. Ces organismes trouvent dans les tissus et humeurs des diabétiques, peut-être par suite de leur teneur en sucre, le terrain le plus favorable, et ainsi s'expliquerait en partie la production de destructions rapides et énormes.

Chez le premier malade, le diabète avait précédé de beaucoup

la maladie d'oreille. Chez le deuxième patient, au contraire, on pouvait se demander si le diabète n'avait pas été une conséquence de la suppuration de l'oreille, car quelques mois auparavant l'analyse de l'urine n'y avait pas montré de sucre.

A. JOLY.

**Les maladies de l'oreille dans la rougeole**, par le Dr L. BLAU, de Berlin. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVII, II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> liv.)

Les observations de l'auteur s'étendent actuellement à 65 individus dont la maladie d'oreille peut être rattachée sûrement à la rougeole. Sur 2,550 personnes affectées de maladies d'oreilles et examinées par l'auteur, cela donne une proportion de 2,5 0/0 pour celles dues à la rougeole. En réunissant, d'autre part, les cas publiés dans les *Arch. f. Ohr.*, on trouve une proportion de 3,1 0/0, contre 5,2 0/0 pour la scarlatine.

Les différentes formes de maladies de l'oreille observées par l'auteur à la suite de la rougeole sont les suivantes :

Otite moyenne catarrhale aiguë.....	12 cas.
Otite moyenne purulente aiguë.....	16 —
Otite moyenne purulente chronique.....	31 —
Résidus d'otites moyennes chroniques...	12 —
Otite externe diphthéritique.....	1 —
Surdité nerveuse.....	3 —

L'auteur donne une courte analyse d'un travail de TOBEITZ (*La rougeole. Études cliniques et anatomo-pathologiques*, *Arch. f. Kinderheilk.*, vol. VIII, p. 321; 1887) sur le même sujet et se range complètement à son avis pour ce qui concerne la pathogénèse des complications de l'oreille dans les maladies infectieuses. Nous reproduisons ici, à cause de son importance, la conclusion de TOBEITZ :

« Dans la rougeole, déjà avant l'apparition de l'exanthème cutané, de même que l'appareil respiratoire et l'appareil digestif et la conjonctive, la muqueuse de la trompe et de la caisse est affectée, et cela comme les autres, spontanément et non par propagation du catarrhe à la trompe. En conséquence, dans les complications du côté de l'oreille qui se produisent au cours de la rougeole, c'est à une affection exanthématique primitive de l'oreille que l'on a affaire. »

Nous ne pouvons ici que signaler les détails intéressants donnés par l'auteur sur les cas observés par lui et nous borner

à relever ses conclusions. Celles-ci méritent d'attirer l'attention des praticiens, en raison des conséquences graves que peut entraîner un retard dans l'application du traitement.

Sur 28 cas traités dans la période aiguë, tous ont été guéris et ont recouvré l'ouïe normale. Au contraire, sur 33 cas chroniques venus en traitement, plusieurs n'ont pu être guéris, et même, chez ceux dont l'otite moyenne purulente chronique fut guérie, l'ouïe fut à peu près perdue pour quelques-uns. Aussi l'auteur s'élève-t-il contre cette opinion dangereuse, que les complications de l'oreille dans la rougeole sont toujours de nature bénigne et ne méritent pas une attention particulière. Généralement peu graves à leur début, elles peuvent avoir les plus tristes conséquences si leur traitement est négligé ou défectueux.

Ce qui est vrai pour la rougeole l'est aussi, avec certaines restrictions, pour la scarlatine. Sur 15 patients atteints d'otite moyenne purulente aiguë à la suite de la scarlatine et traités par l'auteur, un seul atteint de panotite n'a pas été guéri et même est devenu complètement sourd. L'auteur se croit par suite autorisé à affirmer que les complications graves du côté de l'oreille, que l'on observe si fréquemment après la scarlatine, tiennent moins à la malignité initiale du processus pathologique qu'à l'absence d'un traitement convenable appliqué à temps.

A. JOLY.

**Ouvertures fistuleuses du pôle supérieur de la membrane du tympan**, par le prof. WALB. (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXVI, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> livr.)

Après avoir rappelé les travaux de Morpurgo, Hessler et Kretschmann sur ce sujet, travaux que nous avons signalés dans cette revue, l'auteur nous donne les résultats de sa propre expérience.

Tous les spécialistes sont d'accord pour donner à cette maladie une situation à part, notamment au point de vue des résultats peu favorables obtenus par le traitement habituel. L'accord est moindre en ce qui concerne le siège de la suppuration. Cependant, on admet toujours une localisation dans une partie de la caisse, et la voie de l'infection est, dans la plupart des cas, la trompe d'Eustache. Mais alors il faut admettre une affection générale de la caisse et une communication libre entre celle-ci et les cavités en question.

Une affection catarrhale qui atteindrait d'abord toute la muqueuse, pour se localiser plus tard dans ces cavités, ne pourrait se transformer en affection purulente qu'autant qu'il y aurait communication avec l'air extérieur par le conduit auditif, car l'air qui passe par la trompe d'Eustache se dépouille à peu près complètement de ses germes d'infection, comme cela résulte d'un travail publié récemment dans les *Archives* de Pflüger.

Mais si dans un certain nombre de cas une maladie primitive de l'oreille est le facteur étiologique de la production d'une fistule au pôle supérieur de la membrane du tympan, les observations de l'auteur l'ont conduit à admettre que, dans le plus grand nombre des cas, ces fistules sont amenées par une maladie de l'oreille externe : soit par une otite externe atteignant le pourtour de la membrane flaccide, soit par une maladie exsudative de l'oreille externe, en présence d'une communication anormale existant entre le conduit auditif externe et le système de cavités situé en arrière de la membrane flaccide.

C'est cette dernière catégorie de cas que l'auteur a étudiée avec soin et qui constitue la partie originale de son mémoire. Il s'agit du trou de Rivinus, dont l'existence a été affirmée par les uns, niée par les autres. L'auteur a constaté très souvent sa présence, et s'il ne lui attribue aucune importance au point de vue physiologique, il n'en est pas de même au point de vue pathologique. Cette ouverture peut jouer un rôle considérable dans divers états pathologiques, en permettant la transmission de processus inflammatoires de l'oreille externe à l'oreille moyenne, et vice versa, ou le passage de microbes infectieux. En présence d'un trou de Rivinus, l'inflammation de l'oreille externe peut se transmettre à l'espace situé en arrière de l'ouverture, et donner lieu au genre d'affection qui fait l'objet de ce travail. Les petites ouvertures fistuleuses se trouvent toujours au-dessus de la courte apophyse, juste au bord de l'os, là où est toujours situé le trou de Rivinus. L'auteur cite à l'appui quelques cas très intéressants, pour lesquels nous renvoyons au texte allemand. On y trouvera aussi une digression relative à l'emploi de l'acide borique dans les maladies d'oreille, qui nous paraît préciser d'une manière exacte ce qu'il faut attendre de ce remède rejeté à tort par quelques praticiens.

Le trou de Rivinus peut aussi aggraver les maladies de l'oreille moyenne, en permettant la pénétration de germes d'infection par le conduit auditif externe. Une otite aiguë non purulente peut

ainsi être transformée en otite purulente. L'auteur en cite un exemple.

Pour le traitement, l'auteur se range complètement à l'avis de Schwartze; ce doit être surtout un traitement chirurgical: enlèvement des granulations, mise à jour et grattage des parties osseuses malades, expulsion des masses d'exsudat épaissies et lavage antiseptique des parties malades à l'aide de canules appropriées.

D<sup>r</sup> A. JOLY.

**Les bactéries du cérumen**, par le D<sup>r</sup> F. ROHRER, prof. à Zurich.  
(*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> livr.)

Après ses recherches sur la fausse bactériologie des sécrétions pathologiques de l'espace naso-pharyngien, de la caisse et du conduit auditif externe, dont les résultats ont été publiés récemment, le docteur Rohrer a entrepris l'examen des bactéries qui se rencontrent dans le cérumen. Pour exclure autant que possible la présence de germes accidentels, il a choisi des cas d'accumulation de cérumen, et a pris pour ses cultures des parcelles enlevées au centre des bouchons cérumineux. L'auteur a employé la méthode de Koch pour ses cultures et pour la différenciation des formes.

L'examen a porté sur 50 cas de bouchons cérumineux, qui ont fourni 16 catégories de microbes. (Pour les détails, nous ne pouvons que renvoyer aux tableaux du texte original.) Des essais d'inoculation sur des animaux ont été faits avec chacune des catégories. Dans un très grand nombre de cas, l'injection du bouillon de culture dans le tissu sous-cutané ou la cavité péritonéale a été suivie d'altérations considérables dans le foie, les poumons et les glandes.

L'auteur laisse à des recherches ultérieures le soin de confirmer la pathogénéité éventuelle des formes suspectes, et se borne à conclure de ses expériences :

Qu'il existe un grand nombre de bactéries dans le cérumen, et que de là elles peuvent se développer dans un terrain favorable; qu'en dehors d'une majorité d'espèces saprophytes on rencontre plusieurs formes suspectes de pathogénéité; que des schizomycètes parvenus de divers milieux dans le méat peuvent vivre dans le cérumen qui s'y trouve; enfin, que l'on rencontre fréquemment les mêmes formes chez divers individus.

La présence de bactéries pathogènes dans le cérumen expliquerait la production spontanée d'inflammations superficielles,

circonscrites et diffuses, dans le conduit auditif externe, et notamment aussi le développement d'inflammations purulentes subaiguës dans l'espace intermédiaire entre le bouchon cérumineux et la membrane du tympan.

Après l'extraction de bouchons cérumineux obstruant complètement le méat, l'auteur a trouvé à plusieurs reprises le conduit auditif ulcéré, et trois fois avec des polypes caractéristiques. L'oreille moyenne était complètement indemne, ainsi que la trompe d'Eustache. L'infection ne pouvait donc provenir que du méat, et comme celui-ci était formé par le bouchon de cérumen, il est assez vraisemblable d'admettre la participation de microbes renfermés dans ce dernier.

D<sup>r</sup> A. JOLY.

**Contribution à l'épreuve de l'ouïe**, par le D<sup>r</sup> L. JACOBSON, professeur d'otologie à l'Université de Berlin. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVIII, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> livr.)

L'auteur montre d'abord combien les opinions des médecins auristes les plus éminents diffèrent relativement à la valeur qu'il convient d'accorder aux divers modes d'épreuve fonctionnelle pour le diagnostic. Il explique ces divergences par les difficultés considérables qui s'opposent à l'appréciation des anomalies fonctionnelles observées dans les maladies d'oreille.

L'examen anatomo-pathologique est ici en défaut. Le processus physique de l'audition est basé principalement sur les lois de la transmission des vibrations : plus cette transmission sera énergique, et plus la perception sera intense. Mais la mise en vibration des appareils terminaux du nerf acoustique dépend de la masse, élasticité et tension des corps vibrants. Pour établir anatomiquement les causes des diverses anomalies fonctionnelles, il faudrait donc pouvoir reconnaître les modifications de masse, d'élasticité, de tension des diverses parties de l'appareil de transmission du son ; or, cela dépasse les limites de nos recherches anatomiques. On se trouve donc ici dans la même situation que les médecins oculistes, qui ne peuvent plus constater après la mort un grand nombre d'anomalies fonctionnelles qu'ils savent parfaitement reconnaître pendant la vie.

Le développement de l'optique physiologique permet d'établir sur le vivant le diagnostic d'un grand nombre d'anomalies pathologiques de l'œil. En otologie, les difficultés sont beaucoup plus grandes ; c'est ainsi qu'il est impossible d'examiner isolément chaque oreille au point de vue de la conductibilité osseuse.

D'un travail récent de Bezold sur l'expérience de Rinne, il résulte que, dans l'expérience de Valsalva, ainsi que dans la raréfaction artificielle de l'air dans la caisse du tympan, l'audition des notes de diverses hauteurs est modifiée à un degré variable. L'auteur voit dans ce fait une indication de la direction à donner aux recherches physiologiques pour arriver à fixer le diagnostic. Il faudrait trouver une méthode qui permette d'établir une expression numérique exacte de l'acuité de l'ouïe pour des sons de diverses hauteurs.

Après un grand nombre d'essais, l'auteur est arrivé à produire, au moyen de courants d'induction magnéto-électriques, des sons dont l'intensité peut être réglée et représentée exactement par des nombres. La méthode a été décrite dans les *Archives de Du Bois-Reymond*.

L'auteur espère que son appareil pourra rendre des services au point de vue du diagnostic différentiel, soit que, comme Bezold l'a indiqué, on examine ainsi les modifications produites dans la portée de l'ouïe par la compression ou raréfaction artificielle de l'air dans la caisse du tympan, soit que l'on étudie à l'aide de ce procédé les anomalies de l'audition résultant de processus pathologiques.

D' A. JOLY.

**Un cas d'ostéite diabétique primitive de l'apophyse mastoïde, avec remarques sur l'influence d'opérations graves sur la marche du diabète**, par le Dr OTTO KÖRNER, de Francfort-sur-Mein. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> liv.)

D. F., 47 ans, ne se rappelle pas avoir été malade auparavant. Le 12 avril 1889, après un léger rhume de cerveau, il est atteint de violentes douleurs dans tout le côté droit de la tête et de la face. Ces douleurs se localisèrent ensuite dans l'oreille et en arrière de celle-ci, et augmentèrent, surtout la nuit, jusqu'à devenir intolérables. Le 22 avril, écoulement de l'oreille droite, sans diminution de la douleur. Le 24 avril, le professeur Moos, appelé, pratiqua une incision dans la membrane du tympan. De grandes quantités de pus furent expulsées et les douleurs se calmèrent sans cependant disparaître complètement.

Le 26 avril, le malade fut envoyé au docteur K... Ses douleurs dans le côté droit de la tête continuaient, se localisant parfois dans la région mastoïdienne. Le 30 avril, l'ouverture de la membrane du tympan fut élargie, mais sans diminution de la douleur. Pas de fièvre. Le traitement local se borne à l'évacua-



tion du pus et à des lavages fréquents avec une solution faible de sublimé. La douche d'air ne provoque pas de douleur dans l'apophyse mastoïde. Les applications chaudes sur la région mastoïdienne sont plus efficaces que les compresses de glace pour calmer la douleur.

La longue durée de la suppuration et la grande prostration du malade firent soupçonner une anomalie constitutionnelle, et l'urine fut examinée, bien qu'il n'y eût ni polyurie, ni polydipsie, ni faim exagérée. Malgré cette absence des symptômes habituels, l'urine renfermait une forte proportion de sucre, qu'une diète sévère fit disparaître en grande partie au bout de quelques semaines. Cependant la suppuration ne fut pas modifiée, mais les forces se relevèrent un peu.

Fin mai, survint une légère sensibilité douloureuse à la pression de la partie antéro-inférieure de l'apophyse mastoïde. Vers le milieu de juin, l'aspect du pus se modifia un peu : de vert jaunâtre, il devint plus foncé, brunâtre et coula en plus grande abondance. L'ouverture de la membrane du tympan s'était un peu agrandie, et l'on voyait en arrière des granulations sanguinolentes qui furent brûlées avec de l'acide chromique.

Bien que la quantité de sucre dans l'urine fût très faible et que les forces se fussent relevées, le mal local avait donc progressé, et l'auteur fut amené à diagnostiquer une ostéite aiguë de l'apophyse mastoïde, quoique l'os fût sain extérieurement.

Dès lors, l'ouverture de l'os ne pouvait être retardée. La brachycéphalie extrême et le siège de la maladie du côté droit étaient des indices du voisinage dangereux du foyer purulent avec le lobe temporal, le cervelet et le sinus transverse, et, en présence de ce danger, l'opération devait être faite malgré le diabète. Elle eut lieu le 1<sup>er</sup> juillet. La couche corticale était complètement saine. A 3 millimètres de profondeur, on atteignit une cavité du volume d'une noix, remplie de granulations sanguinolentes et occupant toute l'apophyse mastoïde. La cavité osseuse fut complètement nettoyée sans que la dure-mère et le sinus fussent atteints. Le champ d'opération fut lavé avec une solution de sublimé, rempli de gaze iodoformique et recouvert d'un bandage fixe.

La guérison eut lieu sans accident. Le 4<sup>e</sup> jour, le conduit auditif examiné ne montre qu'une trace de pus dans le fond. Le 9<sup>e</sup> jour seulement, le pansement fut renouvelé; il y avait partout des granulations de bonne nature et le méat était complètement sec. Le 15<sup>e</sup> jour, deuxième renouvellement du pansement; la perforation de la membrane du tympan est fermée. Le 26<sup>e</sup> jour,

la cavité est tellement réduite qu'un tube de drainage remplace le tamponnement. Enfin, 9 semaines après l'opération, il ne reste plus qu'une petite fistule qui se ferme elle-même dans la 13<sup>e</sup> semaine. Le patient entendait la montre à 10 centimètres, le langage murmuré à 9 mètres; il avait recouvré ses forces, et il put reprendre son train de vie habituel.

Contrairement à l'opinion de la plupart des otologistes, qui regardent les maladies de l'apophyse mastoïde comme étant le plus souvent la suite de suppurations de l'oreille moyenne, l'auteur pense, avec Küster, que les ostéites de l'apophyse mastoïde sont des affections osseuses de nature primitive. Quand on enlève complètement les parties malades de l'os, la suppuration de la caisse cesse aussitôt et la perforation de la membrane du tympan se referme. C'est ce qui a eu lieu dans le cas rapporté plus haut.

Il semble que, surtout chez les diabétiques, les suppurations d'oreille soient souvent la suite et non la cause de l'affection de l'apophyse mastoïde.

On sait que les opérations sont souvent mal supportées par les diabétiques, et les chirurgiens ne sont pas complètement d'accord sur les circonstances dans lesquelles on doit opérer en présence du diabète. D'après l'auteur, cette question ne sera résolue que quand on aura réuni un grand nombre de ces cas, avec détermination de la proportion de sucre dans l'urine, avant et après l'opération. Le cas rapporté par l'auteur montre qu'avec une forme légère de diabète le malade peut subir sans inconvénients une grave opération, et que le diabète, en dehors d'une augmentation passagère de la proportion de sucre, n'est pas aggravé par l'opération.

L'observation nous a paru assez intéressante pour être donnée avec quelques détails. Elle vient à l'appui des cas publiés par le professeur Kuhn, dans le même numéro des *Arch. f. Ohr.*, et que nous n'avons pu que signaler en passant. D<sup>r</sup> A. JOLY.

**De la carie et de l'extraction de l'enclume, contribution à l'étiologie et au traitement de l'otite moyenne purulente chronique**, par le docteur LUDWIG, médecin assistant de la clinique de Halle. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, 4<sup>e</sup> liv.)

Une cause encore peu connue de l'otite moyenne purulente chronique est la carie de l'enclume, soit isolée, soit jointe à celle du marteau.

Le diagnostic de la carie du marteau est souvent facile à établir, par exemple dans les cas de grandes perforations de la membrane du tympan. Si le marteau seul est atteint, son extraction par la méthode de Schwartze peut amener la cessation complète de la suppuration. Mais il arrive que l'écoulement purulent persiste après l'opération, sans que l'on puisse trouver dans la caisse d'autre foyer de carie. La seule cause de cette persistance est assez souvent une carie de l'enclume, qui n'est accessible ni à l'œil, ni à la sonde.

Comme, après l'extraction du marteau, l'enclume n'a plus aucune importance au point de vue fonctionnel; comme, d'autre part, l'enclume atteinte de carie est quelquefois expulsée par les injections, l'auteur a été conduit dans ces derniers temps à pratiquer l'extraction méthodique de l'enclume à la suite de l'incision du marteau. Les résultats obtenus dans 32 cas ont été assez importants pour amener l'auteur à les publier.

Le manuel opératoire est encore très imparfait. L'auteur décrit les procédés auxquels il a eu recours et donne un résumé des 32 opérations avec les résultats auxquels elles ont abouti. On les trouvera dans le texte; nous nous bornerons ici à en relever les traits principaux.

Sur les 32 cas, il y en a 21 où l'otite moyenne chronique était la suite d'une maladie infectieuse aiguë. Dans 11 cas, l'enclume seule était atteinte de carie; dans 16 cas, le marteau et l'enclume. Dans 2 cas seulement, l'enclume fut trouvée saine.

Parmi les accidents consécutifs à l'opération, l'auteur a observé des paralysies faciales, des céphalalgies, du vertige avec nausées et vomissements, sans fièvre, mais avec perte momentanée de l'ouïe. L'opération n'est donc pas sans danger, et la technique opératoire devra être perfectionnée.

En ce qui concerne la suppuration et la fonction auditive, les résultats de l'opération ont été les suivants :

Dans 20 cas, la suppuration a été guérie; 5 fois avec restitution de la membrane du tympan;

Onze cas non guéris ou encore en traitement;

Un cas de mort indépendant de l'opération.

Il est encore trop tôt pour connaître les résultats définitifs, et l'auteur se propose de donner dans un an un nouveau travail à ce sujet.

Au point de vue de l'audition, les résultats sont encore incer-

tains, au moins pour les cas où la suppuration n'est pas encore arrêtée; cependant l'amélioration est évidente pour quelques-uns d'entre eux.

D<sup>r</sup> A. JOLY.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

### ALLEMAGNE ET AUTRICHE

#### Oreille.

Syphilis de la cavité tympanique, par W. Kirchner (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

L'oreille chez les criminels, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

La réaction électrique du nerf acoustique et sa reproduction graphique, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3 et 4, 20 juin et 3 octobre 1889).

De la pathogénie de l'otite moyenne purulente, par Habermann (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

Contribution à l'étude des déchiscences spontanées de la voûte de la cavité tympanique, par O. Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

De la conductibilité des os de la tête, par S. von Stein (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

Un tube porte-médicaments et son emploi pour les affections de l'oreille moyenne, par G. Laker (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

Microorganisme de l'otite moyenne aiguë, par A. Scheibe (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 4, 1889).

Nouvelles recherches sur l'influence de la forme du crâne sur quelques proportions topographiques du temporal, par O. Körner (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 4, 1889).

Un cas rare de réflexes auriculaires, par H. Steinbrügge (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 4, 1889).

Des affections de l'oreille simulées, par W. Derblich (*Militärarzt*, n° 5-7, 1889).

De l'emploi de l'électrolyse dans les otites moyennes suppurées chroniques, par J. Gruber (*Wiener med. Blätter*, n° 8, 1889).

Inflammation du labyrinthe dans la scarlatine. Présentation de préparations microscopiques, par L. Katz (Soc. de Med. Int. de Berlin, séance du 25 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 15 juillet 1889).

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par A. Hartmann (Fischer, éditeur, Berlin, 1889).

Compte rendu de la IX<sup>e</sup> réunion des otologistes du sud de l'Allemagne et de la Suisse à Fribourg (Baden), en avril 1889, par E. Bloch (Imp. Poppen, Fribourg, 1889).

Morphologie des bactéries de l'oreille et de la cavité naso-pharyngienne, par F. Rohrer (in-8°, 99 pages, Grosser, éditeur, Berlin, 1889).

Treize cas d'otite moyenne suppurée, traitée par l'excision des osselets de l'ouïe, par C. J. Colles (*Deuts. med. Woch.*, 11 juillet 1889).

Tympan artificiel en cellulodine, par Katz (*Deuts. med. Woch.*, 11 juillet 1889).

Modifications de la membrane et de la caisse du tympan dans les affections graves de l'oreille moyenne, par Kirchner (*Munch. med. Woch.*, 4 juin 1889).

Suppurations de la caisse du tympan, traitées par la créoline, par J. Purjesz (*Internat. klin. Rundschau.*, 2 juin 1889).

Trois cas d'atrophie spontanée de polypes de l'oreille, par B. Gomperz (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juillet et août 1889).

Compte rendu des cas observés en 1888 à la clinique otologique du professeur J. Gruber, à l'Université de Vienne (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juillet et août 1889).

De la casuistique de l'othématome, par S. Grossmann (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 20 août 1889).

La clinique otologique du professeur Zaufal, par S. Szenes (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 27 août 1889).

De la pathologie et de la thérapeutique de l'inflammation aiguë de la cavité du tympan, par S. Szenes (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 17 septembre 1889).

Organes des centres de l'ouïe et de la vue chez les vertébrés par H. Munk (comptes rendus de l'Académie des sciences de Berlin; in *Centralblatt f. klin. Med.*, 5 octobre 1889).

Origine et trajet du nerf acoustique du lapin et du chat, par B. Baginsky (comptes rendus de l'Académie des sciences de Berlin, section de physique mathém.; in *Centralblatt f. klin. Med.*, 5 octobre 1889).

Compte rendu des cas observés à la polyclinique des maladies de l'oreille de Göttingen, pendant l'année scolaire 1888-89, par Bürkner (*Arch. für Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, 3 octobre 1889).

Contributions casuistiques au traitement opératoire de la carie du temporal par L. Jacoby (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, octobre et décembre 1889).

Fibrome auriculaire, par W. Anton (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, 3 octobre 1889).

Compte rendu des discussions de la Société de médecine de Berlin, à propos de l'opération de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et du cholestéatome du temporal, par L. Jacobson (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, 3 octobre 1889).

De l'action du chlorhydrate de cocaïne sur l'oreille, par Kiesselbach (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., septembre 1889).

Nouvelles recherches sur les canaux de l'oreille, par J. Breuer (*Archiv f. die gesammte Physiol.*, XLIV, p. 433).

Sur un cas de phlébectasie de l'oreille droite, par W. Zahn (*Arch. f. path. Anat.*, CXV, 1, 1889).

La clinique otologique du professeur Kessel, d'Iéna, par S. Szenes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 29 octobre et 5 novembre 1889).

Sur une cause d'erreur dans l'épreuve du diapason, par Patrzek (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., octobre 1889).

Contribution à l'anatomie du limaçon, par Barth (*Anatom. Anzeiger, Centralblatt f. die gesammte et Wissensch. Anatom.*, n. 20, 1889).

Otites moyennes aiguës causées par le diplococcus de la pneumonie A. Fränkel Weichselbaum et compliquées d'abcès du processus mastoïdien, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, n. 36, 1889).

Sur les affections de l'oreille chez les diabétiques, par Kuhn (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, 1889).

Bactériologie de l'otite moyenne, par Kuhn (Section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, septembre 1889).

Traitement des hallucinations auditives, par Eitelberg (*Wiener Klinik*, juillet 1889).

Otologie en 1888, par Szenes (*Deutsch. med. Woch.*, n. 37, 1889).

Valeur diagnostique différentielle de l'épreuve de l'ouïe, par O. Wolf (Section d'otologie de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Signification morphologique des muscles de l'oreille, par G. Killian (Section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Terminaison du nerf cochléen dans l'organe de Corti, avec démonstration de préparations, par L. Katz (Section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre, et *Arch. Ohrenh.*, décembre 1889).

Préparations du limaçon, par Steinbrügge (Section otol. de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Des proportions anatomiques à observer pour la perforation de l'apophyse mastoïde, par A. Hartmann (Section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Atrophie des nerfs de l'oreille interne, par J. Habermann (*Zeits. f. Heilk.*, Prague, 1889).

Des corps étrangers de la cavité tympanique, par Zaufal (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 10 décembre 1889).

Un cas de surdité subite suivie de guérison, par L. Winternitz (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., novembre 1889).

Compte rendu de la section d'otologie de la 62<sup>e</sup> réunion des médecins et naturalistes allemands, à Heidelberg, par S. Szenes (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Histologie et bactériologie des otites moyennes diphtéritiques, par S. Moos (Section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, septembre 1889).

Indications et contre-indications de la douche d'air dans le traitement des otites moyennes, par Walb (Section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et natur. allemands, Heidelberg, septembre 1889).

Contributions statistiques à l'étude des abcès cérébraux otiques, par O. Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Les bactéries du cérumen, par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Un cas d'ostéite diabétique primitive de l'apophyse mastoïde avec remarques sur l'influence des opérations plus importantes sur la marche du diabète, par Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Recherches et études acoustico-physiologiques et leur valeur pour l'otologie pratique, par H. Dennert (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

De l'étiologie de l'otite moyenne aiguë, par S. Szenes (Section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 20 septembre 1889).

Jusqu'à quel point la conque de l'oreille humaine est-elle un organe rudimentaire, par Schwalbe (Section otol. de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Du menthol et de l'eucalyptus et de leurs applications locales dans les affections de l'oreille moyenne, par A. Bronner (Section otol. de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

De l'origine du cholestéatome de l'oreille moyenne, par Habermann (Section otol. de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Appareils électriques pour l'éclairage de l'oreille moyenne et de la cavité naso-pharyngienne, par Kessel (Section otol. de la 62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Traité d'otologie pratique, par D. B. St John Röosa, traduction allemande de L. Weiss. (Un vol. avec 77 figures, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1889.)

Des polypes des cellules verruqueuses du temporal, par J. Gruber (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 31 décembre 1889).

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par Steiner (*Deutsch. med. Woch.*, n° 47, 1889).

L'oreille de l'acrobate, par E. Bloch (*Zeits. f. Ohrenh.*, XX, 1, 1890).

Pathologie et thérapeutique de l'attique externe de la cavité du tympan, par A. Politzer (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 7 janvier 1890).

Thrombose des sinus à la suite du cholestéatome de l'oreille moyenne, par E. Lévy (Soc. des méd. et nat. de Strasbourg, séance du 6 décembre 1889; in *Wiener klin. Woch.*, 16 janvier 1890).

Note sur les affections auriculaires au cours de l'influenza, par R. Dreyfuss (*Bert. klin. Woch.*, 20 janvier 1890).

Des otites moyennes aiguës au cours de l'influenza, par Schwabach (*Bert. klin. Woch.*, 20 janvier 1890).

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par B. Baginsky (*Deutsch. med. Woch.*, 12 décembre 1889).

Les suites de la trépanation dans les abcès cérébraux de cause otique, par E. Braun (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 3, 1890).

De la possibilité de reconnaître certaines proportions topographo-anatomiques utiles du crâne avant d'ouvrir l'apophyse mastoïde, et de la valeur pratique de cette constatation, par O. Schülzke (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 3, 1890).

I. Hémorragie mortelle dans la paracentèse du tympan due à une lésion du bulbe ven. jugul. II. Rupture de la membrane du tympan causée par un coup de foudre, par Ludwig (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 3, 1890).

Photographies de préparations microscopiques de l'oreille et du nez, par T. Albarracin (Soc. impér. royale des méd. de Vienne, séance du 7 février; in *Wiener klin. Woch.*, 13 février 1890).

Complications auriculaires de l'influenza, par Tschudi (Soc. des méd. militaires de la garnison de Vienne, séance du 1<sup>er</sup> février; in *Wiener klin. Woch.*, 13 février 1890).

Deux nouveaux instruments. I. Crochet pour écarter les parties molles dans l'ouverture de l'apophyse mastoïde. II. Crochet palatin, par Barth (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Coup sur l'oreille. Morts jours après, par T. Heiman (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Compte rendu de la section otologique de la 62<sup>e</sup> réunion des médecins et naturalistes allemands à Heidelberg, en septembre 1889, par Killian (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

De l'emploi du nouveau phonographe d'Edison, comme acoumètre universel, par L. Lichtwitz (*Prager med. Woch.*, n° 47, 1889).

Un cas rare de réflexes acoustiques, par Steinbrügge (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Affection auriculaire consécutive à la parotite, par Kosegarten (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne purulente aiguë chronique, par Schmiedt (*Arch. f. klin. Chir. von Langenbeck*, tome XXXVIII, fasc. 4, 1889).

Les cliniques otologiques de Leipzig et de Halle s/S, par S. Szenes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 18 février 1890).

De la valeur du traitement par le collodion dans le cas de relâchement de la membrane du tympan, par E. Keller (*Monats. f. Ohrenhehr.*, etc., janvier 1890).

Affections de l'oreille dans l'épidémie d'influenza, par Eitelberg (*Wiener med. Presse*, n° 7, 1890).

Des affections de l'organe de l'ouïe pendant l'épidémie d'influenza à Vienne, par J. Gruber (Soc. impér. royale des méd. de Vienne, séance du 28 février; in *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 11 mars 1890).

Abcès de l'apophyse mastoïde au cours des otites de la grippe, par

A. Politzer (Soc. impér. royale des méd. de Vienne, séance du 21 février; in *Wiener klin. Woch.*, 6 mars 1890).

Des inflammations anémiques, hyperhémiques et névralgiques. Expériences faites sur l'oreille du lapin, par Samuel (Soc. des sc. méd. de Königsberg, séance du 25 novembre; in *Berl. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Abcès cérébral dû à l'influenza, par K. Aczel (Soc. des méd. de Budapesth, février 1890).

Surdi-mutité et méningite, par F. Schulze (*Virchow's Archiv*, B. CXIX, Heft 1).

De la carie de l'enclume et de son extraction. Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique des otites moyennes suppurées, par Ludwig (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Compte rendu du mouvement de la clinique otologique de l'Université royale de Halle s/S, du 1<sup>er</sup> avril 1888 au 31 mars 1889, par Ludwig (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Statistique des malades ayant été soignés et des étudiants ayant fréquenté la clinique otologique de l'Université de Halle s/S, du 1<sup>er</sup> avril 1884 au 1<sup>er</sup> avril 1889, par H. Schwartz (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Compte rendu du Congrès international d'otologie et laryngologie tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889 (Section otologique), par L. Lichtwitz (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Traitement des suppurations chroniques de la partie supérieure de la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes, par Gomperz (*Oester. ungar. Centralblatt, f. d. med. Wissenschaft*, mars 1890).

Les affections de l'oreille dans l'influenza, par J. Habermann (*Prager med. Woch.*, 19 février 1890).

Traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, 29 janvier 1890).

Bactériologie des inflammations de l'oreille moyenne dans le cours de l'influenza, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, 26 février 1890).

Resorcin in Verbindung mit Cocain bei Ohrenkrankheiten (De la résorcin allié à la cocaïne dans le traitement des affections de l'oreille, par S. von Stein (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., mars 1890).

Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis mit besonderer Rücksicht auf Ohren, Kehl- und Schlundkopf (De la symptomatologie du tabes dorsal, surtout en ce qui concerne l'oreille, le larynx et le pharynx, par A. R. Marina (*Archiv. für Psychiatrie*, Band XXI, Heft 1, p. 156; in *Centr. für klin. Med.*, 12 août 1890).

De l'otite moyenne aiguë consécutive à l'influenza, par L. Jankau (*Deutsch. med. Woch.*, n° 12, 1890).

De l'excision du tympan et des osselets comme traitement de l'otorrhée chronique, par Wetzel (*Inaug. Dissert.*, Halle, 1889).

Les affections de l'organe de l'ouïe pendant la dernière épidémie d'influenza à Vienne, par A. Politzer (*Wiener med. Blätter*, n° 9 et 10, 1890).

Intoxicationserscheinungen nach Einspritzung von Sol. Cocaini muriatici in die Paukenhöhle (Phénomènes d'intoxication consécutifs à l'injection d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans la cavité du tympan, par Schwabach (*Therap. Monatshefte*, mars 1890).

Metall Corrosionspräparate des Labyrinthes (Emploi du métal de Wood pour obtenir des préparations par corrosion du labyrinthe, par Siebenmann (*Internat. klin. Rundschau*, n° 3, 1890).

Appareil pour l'éclairage électrique de l'oreille, du nez et de la cavité nasopharyngienne, par Trautmann (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 15, 1890).

La clinique des maladies de l'oreille du professeur Lucae, à l'Université de Berlin, par S. Szenes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 13 et 20 mai 1890).

Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede (De la surdité des chaudronniers, par J. Habermann (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ueber das Verhalten des Gehörorgans bei Tabes (De l'état de l'organe



de l'ouïe dans le tabes, par E. Morpurgo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Bericht über das zweite ohrenärztliche Lustrum (Compte rendu du second lustre otologique), par P. Schubert (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Bericht über die in meine Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888, beobachteten Krankheitsfälle und ausgeführten Operationen (Compte rendu des cas observés et des observations pratiques à ma clinique otologique de Breslau pendant l'année 1888, par O. Hecke (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Übersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer (Coup d'œil sur les transformations anatomopathologiques de l'organe de l'ouïe chez les sourds-muets, par Holger Mygind (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Erkrankungen des Ohres bei Influenza (Les affections de l'oreille dans l'influenza), par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ein Auscultationsschlauch-Halter (Un manche s'adaptant à un appareil d'auscultation de l'oreille), par L. Katz (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ein Fall von Sarkom der Paukenhöhle und den Warzenfortsatzes (Un cas de sarcome de la cavité du tympan et de l'apophyse mastoïde), par R. Haug (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Schädelform und Topographie des Schläfenbeins (Forme du crâne et topographie du temporal. Réponse à O. Schülzke, par O. Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Zur operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes (De l'opération de l'ouverture de l'apophyse mastoïde. Réponse à Körner, par Schülzke (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ueber Regeneration und Narbenbildung des Trommelfells (De la régénération et de la cicatrisation de la membrane du tympan, par Rumler (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells (Atlas de reproductions de la membrane du tympan, par K. Bürkner (14 planches comprenant 84 chromolithographies, d'après les dessins originaux de l'auteur, 2<sup>e</sup> édition, revue et augmentée, G. Fischer, éditeur, Léna, 1890).

Ueber einen Fall von Blutung aus der Venae jugularis interna bei Paracentese des Trommelfells (Un cas d'hémorrhagie de la veine jugulaire interne consécutive à une paracentèse de la membrane du tympan, par A. Müller (*Dissert. inaug.*, Halle a. S., 1890).

Zur Casuistik der Cholesteatome des Schläfenbeins (Casuistique du cholesteatome du temporal, par E. Michie (*Dissert. inaug.*, Halle a. S., 1890).

Operative Behandlung des Cholesteatoms der Paukenhöhle und ihrer Nebenräume (Traitement opératoire du cholesteatome de la cavité du tympan et des parties voisines, par Zaufal (*Ver. Deuts. Aerzte*, Prague, 18 avril; in *Wiener klin. Woch.*, 22 mai 1890).

### Larynx et Trachée.

Aphonie fonctionnelle, son traitement par l'hypnotisme et la suggestion, par A. Schnitzler (30 p., chez W. Braunmüller, Vienne, 1889).

Laryngite hémorrhagique, par A. P. Favitzky (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., juin 1889).

De la tuberculose du larynx et de son traitement à l'époque actuelle, par Ringk (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., juin, juillet et août 1889).

De la pachydermie du larynx, par L. Rethi (*Wiener klin. Woch.* 4 juillet 1889).

Traitement de la tuberculose du larynx, par Ossendowski (*Deutsch. med. Zeit.*, 3 juin 1889).

Emploi du baume du Pérou dans les maladies du larynx et du poumon, par J. Schnitzler (*Int. klin. Rundsch.*, 30 juin 1889).

Un cas de polype extra-laryngien, par M. Tsakyrogious (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., juillet 1889).

Corps étrangers des bronches, par G. Kobler (*Wiener klin. Woch.*, 15 août 1889).

Pathologie et thérapeutique du spasme du larynx, par M. Kalmus (*In-S°*, 22 p., L. Kœhler, édit., Breslau, 1889).

Siênose du larynx, par Landgraf (Soc. des méd. de la Charité de Berlin, séance du 7 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

Excision d'une tumeur tuberculeuse du larynx au moyen de la pince coupante de Mackenzie, par Landgraf (Soc. des méd. de la Charité de Berlin, séance du 7 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

De l'intubation du larynx, par Rauke (*Münch. med. Woch.*, n° 28, 29 et 30, 1889).

Traitement des tumeurs du larynx par la méthode endo-laryngée, par Michelson (Ver. f. wissensch. Heilk. zu Königsberg; in *Berl. klin. Woch.*, 9 septembre 1889).

Laryngotomie pour kyste aérien intra-laryngé, par Ledderhose (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, tome XXIX, fasc. 4, 1889).

De l'étiologie des ulcérations tuberculeuses du larynx, par E. Fränkel (*Centr. f. klin. Med.*, 15 septembre 1889).

Neomembrane à l'orifice supérieur du larynx, par Heymann (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 29, 1889).

Trachéotomie: canule restée en place pendant 21 ans, par Lewin (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 23, 1889).

Erysipèle primitif du larynx, par P. Ziegler (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Heft 4, 1889).

Etonnement à la suite de l'obstruction du larynx par une cerise, par H. Windelschmidt (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., septembre 1889).

Contributions à l'histologie des polypes des cordes vocales, par A.-A. Kanthack (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., septembre 1889).

Etudes chimiques sur le cartilage de la trachée, par C. Th. Morner (*Skand. Arch. f. Physiol.*, p. 210, 1889).

De l'œdème du larynx, par F. Peltesohn (*Berliner klin. Woch.*, 28 octobre et 4 novembre 1889).

Rétrécissement cicatriciel du larynx, guérison par la méthode intra-laryngée, par G. Juffinger (*Wiener klin. Woch.*, 31 octobre 1889).

Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose du larynx, par J. Schnitzler (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Recherches sur l'influence de l'air chaud dans la tuberculose du larynx, par A. Nykamp (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Trachéotomie dans la phisie laryngée, avec démonstration anatomopathologique, par A. Betz (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Résultats du traitement des maladies du larynx, du pharynx et du nez, par les eaux sulfureuses de Langenbrücken, par Ziegelmayer (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Dessins microscopiques de coupes des bandes ventriculaires et des cordes vocales, par B. Fränkel (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Distribution des glandes des cordes vocales, par Heymann (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Innervation centrale et périphérique du larynx, par H. Krause (62<sup>e</sup> réu-

nion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Une méthode simple et facilement applicable d'examen de la paroi postérieure du larynx et de la trachée, par Killian (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Eclairage du larynx, par Gottstein (62<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Le centre respiratoire et ses rapports avec l'innervation du larynx, par M. Grossmann (*Allgem. Wien. med. Zeit.*, 3 décembre 1889).

De l'extirpation du larynx, par Wassermann (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, Band XXIX, Heft 5 et 6, 1889).

Traitement de la phthisie laryngée, par Prinzing (*Würzburg. med. Corresp.*, n° 30, 1889).

De la pathologie des sténoses trachéales et bronchiques, par Landgraf (Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 2 décembre; in *Berliner klin. Woch.*, 16 décembre 1889).

Traitement des affections laryngiennes par l'électricité appliquée extérieurement, par Th. Clemens (*Therap. Monatschr.*, n° 8, 1889).

La phthisie laryngée comme substratum anatomique de la boule hystérique, par Langreuter (*Cent. f. Nervenh. Psych. und gericht. Psychopathol.*, n° 17, 1889).

Remarques sur l'emploi de l'appareil à air chaud de Weigert dans la tuberculose pulmonaire et laryngée, par H. Moser (*Berl. klin. Woch.*, 30 décembre 1889).

Instrument pour opérer les tumeurs sous-glottiques, par J. Scheinmann (*Berl. klin. Woch.*, 20 janvier 1890).

Examen des voies aériennes par la plaie de la trachéotomie, par Piniacek (*Wiener med. Blätter*, n° 44, 1889).

Du centre nerveux moteur du larynx, par H. Krause (*Berliner klin. Woch.*, 27 janvier et 3 février 1890).

Traitement du spasme de la glotte, par Flesch (*Deutsch. med. Woch.*, 2 janvier 1890).

Recherches sur le nerf laryngé supérieur, par L. Breisacher (*Cent. f. die med. Wissensch.*, n° 43, 1889).

Contribution à l'histologie des cordes vocales, avec remarques spéciales sur la présence de glandes et de papilles, par A. A. Kauthack (*Virchow's Archiv*, Band CXVII, 1889).

Etudes sur l'histologie de la muqueuse laryngienne, par A. A. Kauthack (*Virchow's Archiv*, Band CXVIII, 1889).

Sténose du larynx, par Tschudi (Soc. des méd. militaires de la garnison de Vienne, séance du 1<sup>er</sup> février; in *Wiener klin. Woch.*, 13 février 1890).

Lupus primitif de l'entrée du larynx, par Garré (*Munch. med. Woch.*, n° 52, 1889).

Un dernier mot sur le centre nerveux moteur du larynx, par F. Semon et V. Horsley (*Berl. klin. Woch.*, 17 février 1890).

Contribution à la casuistique de la chirurgie du larynx, par Moritz Schmidt (*Arch. f. klin. Chir. von Langenbeck*, tome XXXVIII, fasc. 4, 1889).

De la pachydermie du larynx, par E. Meyer (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 6 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Un cas de périchondrite du cartilage de Santorini, par P. Heymann (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 6 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Traitement d'un cas de cancer du larynx par l'électrolyse, par Schœtz (Soc. de laryng. de Berlin, séance du 6 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Réséction partielle d'un larynx cancéreux chez un homme de 55 ans,

par Mikulicz (Soc. des sciences méd. de Königsberg, séance du 11 novembre 1889; in *Berl. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Un cas de pachydermie du larynx de Virchow, par Michelson (Soc. des sc. méd. de Königsberg, séance du 23 décembre 1889; in *Berl. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Extirpation d'une tumeur de la corde vocale gauche chez un homme de 60 ans, par Michelson (Soc. des sc. méd. de Königsberg, séance du 23 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Corps étranger des voies aériennes, par D. Batori (Soc. des méd. de Budapesth, février 1890).

Traitement de la tuberculeuse laryngée, par Neumann (Soc. des méd. de Buda-Pesth, février 1890).

Paralysies du récurrent dans le cours de l'influenza, par A. Krakauer (Soc. de laryngol. de Berlin, 1890).

Aphasie par abcès du cerveau. Trépanation. Guérison, par Jænger et Sick (*Deutsch. med. Woch.*, 6 mars 1890).

Un cas d'aphasie hystérique chez un jeune garçon, combinée avec une paralysie faciale, du trismus et du spasme, par Strassmann (*Deutsch. med. Woch.*, 6 mars 1890).

Les maladies du larynx, avec un appendice sur la laryngoscopie et la technique thérapeutique locale à l'usage des médecins praticiens et des étudiants. Troisième édition, revue et augmentée, par J. Gottstein (F. Deuticke, éditeur, Vienne et Leipzig, 1890).

Etude sur la périchondrite primitive du larynx, par Behr (*Dissert. Inaug.*, Munich, 1889).

Les trachéotomies dans les hôpitaux de Dantzig de 1882 à 1883, par Fischer (*Dissert. inaug.*, Leipzig, 1890).

Sur les altérations myopathiques et mécaniques de la voix, par Heinze (*Dissert. inaug.*, Greifswald, 1889).

Sténoses cicatricielles du larynx d'origine syphilitique, par Hirschfeld (*Dissert. inaug.*, Hambourg, 1889).

Qu'appelons-nous corde vocale vraie? par P. Heymann (*Deutsch. med. Woch.*, 23 janvier 1890).

Cas rare de papillome du larynx et de la trachée, par Schaller (*Dissert. inaug.*, Munich, 1889).

Résultats des médications laryngées et trachéales dans la médecine vétérinaire, par G. Schneidemühl (*Deutsch. med. Woch.*, 23 janvier 1890).

Une nouvelle méthode pour relever l'épiglotte, par S. O. Preston (*Alleg. Wiener med. Zeit.*, 1<sup>er</sup> avril 1890).

Contribution à l'étude au mutisme hystérique, par Leuch (*Munch. med. Woch.*, 23 mars 1890).

De l'état du larynx dans la grippe, par Ch. Fauvel et Saint-Hilaire (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 8 avril 1890).

Laryngite aiguë avec formation de petits abcès à la suite d'une attaque d'influenza, par M. Schaffer (*Deutsch. med. Woch.*, n° 10, 1890).

De l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée, par Thomouck (*Inaug. Dissert.*, Wurtzbourg, 1889).

Sur les ulcères laryngés dans la fièvre typhoïde, par Grüder (Thèse de Berlin, 1889).

Aphasie traumatique, par Rosenberger (XIX<sup>e</sup> congrès de la Soc. allemande de chir., tenu à Berlin du 9 au 12 avril 1890).

Un cas de bégayement, par Gutzmann (Soc. de med. int. de Berlin, séance du 31 mars 1890).

Statistique de l'extirpation du larynx, par E. Kraus (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 15 avril 1890).

Réflexteur avec miroir mobile pour l'examen des cavités laryngiennes,

naso-pharyngienne, nasale et auriculaire, ainsi que pour l'auto-laryngoscopie (Vom Reflector abnehmbarer Gogenspiegel zur Demonstration des Innenraumes von Kehlkopf, Nasenrachenraum, Nase und Ohr, sowie zur Autolaryngoscopie des Patienten, par Noltenius (*Therap. Monatshefte*, février 1890; in *Illustr. Monats. ärztl. Polytechnik*, mai 1890).

De la pachydermie typique du larynx, par J. Sommerbrodt (*Berl. klin. Woch.*, 12 mai 1890).

---

## NOUVELLES

---

La Société française d'otologie et de laryngologie a tenu sa session annuelle les 23 et 24 mai 1890, au Palais des sociétés savantes, à Paris. Voici la liste des communications qui y ont été faites :

I. Des rhinolithes, par Noquet.—II. Rhinolithes, par A. Ruault.  
— III. De l'audition et de l'auscultation du diapason vertex pendant la déglutition, par Gellé.—IV. Corps étrangers de la bouche, par Wagnier. — V. Complications des végétations adénoïdes; coexistence de la fente palatine avec les tumeurs adénoïdes; présentation de pièces, par Boucheron. — VI. Complications auriculaires de la grippe, par E. Ménière. — VII. Mutisme hystérique, par J. Charazac. — VIII. Tumeurs adénoïdes chez les adultes, par Raulin. — IX. Sclérose de la caisse et traitement par la raréfaction progressive, appareil, par F. Suarez de Mendoza. — X. Complications opératoires des tumeurs adénoïdes du pharynx, par A. Cartaz. — XI. Complications auriculaires de la grippe, mastoïdites, par E.-J. Moure. — XII. Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par M. Lannois.—XIII. Spasmes œsophagiens dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale ar

Joal. — XIV. Influence de l'excitation du nerf auditif sur la perception du diapason vertex, par Corrado-Corradi. — XV. Audition colorée, par F. Suarez de Mendoza. — XVI. Traitement des ulcérations du larynx par la résorcine, par Tymowski.

---

Nous donnons ici la liste des communications annoncées à la section de *Laryngologie et rhinologie* de la *British medical Association* en 1890 :

De la toux comme symptôme des affections nasales et pharyngiennes, par J.-B. Ball. — Quelques affections communes de l'amygdale pharyngée et leur relation avec les maladies de l'oreille, de la gorge et du nez, et en particulier avec le relâchement de la gorge (*relaxed throat*), par A. Bronner. — Énorme polype du nez, par Walker Downie. — Ténisme pharyngien, par W. Hill. — Structure des cordes vocales, par A.-A. Kanthack. — Excision des amygdales, par Gréville Macdonald. — Affections malignes des fosses nasales, par D. Newmann. — Un cas de paralysie des abducteurs, par T.-D. Savill. — I. Du diagnostic différentiel de la syphilis, du cancer et de la tuberculose du larynx. — II. Bougies médicamenteuses dans le traitement de la fièvre des foins, de l'ozène, du catarrhe, etc., par Scanes Spicer. — Traitement de l'ozène, par C.-J. Symonds.

Les sujets suivants seront discutés à la section d'otologie :

I. Affection intranasale en rapport avec la surdité, à l'exception du catarrhe postnasal et des végétations adénoïdes, par Lennox Browne. — II. Étiologie du tintement d'oreille, par H. Macnaughton Jones. — III. Vasculite (*vasculitis*) et surdité, par R.-T. Cooper.

M. J. Ward Cousins a annoncé les communications suivantes :

I. Nouvelle méthode d'extraction des corps étrangers du conduit auditif. — II. Valeur des membranes tympaniques artificielles.

---

*L'American laryngological Association* s'est réunie à Baltimore les 29, 30 et 31 mai 1890. Voici le programme de cette session :

Discours du président, par J.-N. Mackenzie, de Baltimore.

#### COMMUNICATIONS.

I. Anomalie du corps thyroïde, par J.-N. Mackenzie, de Baltimore. — II. Coup d'œil au delà du nez, par S. Solis-Cohen, de Philadelphie. — III. Nouvelle opération pour les déviations de la cloison nasale, par Morris J. Asch, de New-York. — IV. Hypertrophie postérieure du cornet moyen inférieur, par Harrison Allen, de Philadelphie. — V. Notes sur un cas de tumeur myxomateuse du naso-pharynx observée chez un enfant de six ans, par A.-W. Mac Coy, de Philadelphie. — VI. Un cas rare de tumeur naso-pharyngienne, par Ch.-H. Knight, de New-York. — VII. Tissu adénoïde, son développement, par H.-L. Swain, de New-Haven. — VIII. Communication supplémentaire sur les tumeurs cartilagineuses du larynx et les tumeurs verruqueuses du nez, par E. Fletcher Ingals, de Chicago. — IX. Un cas de myxome de l'épiglotte, par S.-O. Vanderpoel, de New-York. — X. Enrouement et perte de la voix causée par une mauvaise méthode vocale, par S.-W. Langmaid, de Boston. — XI. Discussion sur un sujet à choisir au moment de la session. — XII. De la



chordite tubéreuse, par Cl.-C. Rice, de New-York. — XIII. Cas particuliers de paralysie unilatérale du muscle crico-aryténoïdien latéral, par E. Fletcher Ingals, de Chicago. — XIV. Un cas d'affection bulbaire à symptômes inusités, causant une paralysie unilatérale permanente de l'abduction du larynx, par F.-H. Bosworth, de New-York. — XV. Diagnostic et traitement du cancer du larynx, par D. Bryson-Delavan, de New-York. — XVI. Notes sur un cas intéressant d'anévrisme, par G.-W. Major, de Montréal. — XVII. Rétrécissement de l'œsophage causé par un épaississement interstitiel de ses parois, par O. Roe, de Rochester. — XVIII. La laryngologie de Trousseau et Horace Green.

Le bureau était composé ainsi qu'il suit : Président : J.-N. Mackenzie, de Baltimore. — Vice-présidents : E. Holden, de Newark, et C.-E. Bean, de Saint-Paul. — Secrétaire trésorier : Ch.-H. Knight, de New-York. — Bibliothécaire : T.-R. French, de Brooklyn. — Conseil : F.-H. Hooper, de Boston ; G.-M. Leffert, de New-York ; F.-J. Knight, de Boston ; D. Bryson Delavan, de New-York.

---

*Une nouvelle polyclinique dans laquelle toutes les branches de la médecine seront représentées, vient d'être fondée à Paris sous le nom de Clinique générale de Paris, et a son siège quai des Grands-Augustins, 25.*

---

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa session annuelle à Limoges, du 7 au 14 août 1890. La section des sciences médicales sera présidée par M. le professeur J. Tessier, de Lyon.

---

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

---

I. Polype du larynx du volume d'une grosse noix. Extirpation endo-laryngée. — II. Le bacille Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx. — III. La mort subite dans les maladies graves du larynx. — IV. Sur la structure des polypes muqueux des fosses nasales, par R. BOTEY (Extraits de la *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1889 et 1890).

Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe (compresa la tecnica rinoscopica e laringoscopica) ad uso de' medici e degli studenti. Volume II. Laringe 2<sup>e</sup> édition revue et augmentée, par le prof. F. MASSEI (Un vol. de 570 pages, prix : 10 francs, F. Vallardi, éditeur, Naples, 1890).

Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede (De la surdité des chaudronniers), par J. HABERMANN (Tirage à part des *Arch. f. Ohrenh.*, mai 1890).

Leçons sur les maladies du larynx, par le Dr E.-J. MOURE, recueillies par le Dr M. NATIER, et revues par l'auteur (Un vol. de 600 pages avec des figures en noir dans le texte. Prix : 10 francs. O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 1890).

Gastrostomie pratiquée dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par P. BERGER et CANNIOT (Brochure de 15 pages, Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris, 1890).

Transformation kystopneumatique du cornet moyen, par SCHMIEGELOW (Extrait de la *Rev. de laryng. otol. et rhin.*, 1890).

Zur Behandlung der chronischen eitrigen Entzündungen im oberen Trommelhöhlenraum und im Antrum mastoideum (Traitement des suppurations chroniques de la partie supérieure de la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes, par B. GOMPERZ (Tirage à part des *Oesterr. Ungar. Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 1890).

Der Ohrschmerz und seine Behandlung (L'otalgie et son traitement), par B. GOMPERZ (Tirage à part des *Centralbl. f. d. gesammte Therapie*, h. V, mai 1890).

Hygiène de l'oreille, par V. COZZOLINO. (2<sup>e</sup> édition augmentée, traduite de l'italien par A. Joly. (Un volume de 87 pages, prix : 1 fr. 50, G. Masson, éditeur, Paris, 1890).

Contribution à la casuistique des lésions auriculaires, consécutives à l'influenza, par A. D'AGUANNO (Extrait du *Bollet. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, n° 3, 1890).

Le congrès international d'otologie et laryngologie de Paris (septembre 1889). Compte rendu, par G. GRADENIGO (Extrait du *Bollet. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

